

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THESE

N°

37

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Théma OWSIANIK

Née le 14 Septembre 1907, à Minsk (Russie).

**DE LA CONCEPTION DE L'ALIÉNÉ
DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES**

Travail du Service de Monsieur le Docteur H. BARUK

(Maison nationale de Saint-Maurice-Charenton)

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE. Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1941

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Théma OWSIANIK

Née le 14 Septembre 1907, à Minsk (Russie).

DE LA CONCEPTION DE L'ALIÉNÉ
DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES

Travail du Service de Monsieur le Docteur H. BARUK

(Maison nationale de Saint-Maurice-Charenton)

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE. Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1941



LE DOYEN... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre Duval.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clôvis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.	HALPHEN	Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophthalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
Mlle GAUTHIER-VILLARS,	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
GUENIOT	Obstétrique.	PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Clinique médicale	BASSET	Clinique chirurgicale
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		FEY	
CHEVALLIER		GATELLIER	
DONZELOT		de GAUDART ..	
DUVOIR		d'ALLAINES ..	
GASTINEL		LEVEUF	
LAROCHE (G.) ..		MOULONGUET ..	
LIAN		MOURE	
MOREAU		QUENU	
SEZARY			
	MM.		
	EGALLE	Clinique obstétricale.	
	METZGER		
	PORTES		
	VIGNES		

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR Georges LAFOSSE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A TOUS CEUX QUI M'ONT AIDÉE
DE LEUR SYMPATHIE
OU DE LEUR EXEMPLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR
LAIGNEL-LAVASTINE (M.)

Professeur de Clinique des maladies mentales
Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous
faire l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

*Avec l'expression de no-
tre profond respect.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. BARUK

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Ancien chef de clinique de la Faculté de Médecine
Médecin-Chef à la Maison nationale
de Saint-Maurice-Charenton

*Qui nous a inspiré le
sujet et permis la réalisation
de cette thèse, et dont
nous avons eu l'honneur
d'être l'interne.*

*En témoignage de notre
gratitude et de notre res-
pectueux dévouement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. JOANNON

Agrégé d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris

*Avec l'expression de notre
vive reconnaissance pour
l'intérêt et la bonté qu'il
nous a toujours témoignés.*

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR F. BEZANÇON
MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE
MONSIEUR LE PROFESSEUR M. LABBE
MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR A. MARTIN
MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT
MONSIEUR LE PROFESSEUR ABRAMI
MONSIEUR LE DOCTEUR HEUYER
MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE

DE LA CONCEPTION DE L'ALIÉNÉ

DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES

I. INTRODUCTION

L'idée de cette thèse nous est venue à maintes reprises, en nous heurtant à certaines conceptions de l'aliéné qui nous semblaient peu conformes à la réalité des faits.

Pour la grande majorité des profanes, la « folie » représente encore une entité vague, ténébreuse, effrayante. L'enceinte d'un asile paraît une barrière infranchissable séparant les mortels en deux catégories : les gens « normaux » et ceux qui ne le sont pas. Combien de fois est-il donné d'entendre cette question : « Mais enfin, Docteur, oui ou non, est-il fou ? » Pour beaucoup, l'aliéné est véritablement un étranger, différent de la norme par l'aspect, la pensée, le langage. C'est aussi, très souvent, un être d'une catégorie inférieure, un étranger, un ennemi, une charge inutile.

L'aliénation mentale constitue, dans son genre, une maladie « honteuse », reléguée dans l'ombre des secrets familiaux. Les malades eux-mêmes, dont la raison fléchit, se montrent éperdus d'angoisse devant le spectre de la folie et, plus tard, affreusement humiliés, désespérés parfois, de s'entendre dire qu'ils sont fous : « Faites de moi ce que vous voudrez, nous suppliait l'un d'eux, mais ne

me rejetez pas, ne me considérez pas comme un aliéné! »

Cette conception de la folie comme d'un mal unique, total, irrémédiable, métamorphosant l'homme en quelque étrange inconnu, est d'ailleurs cause de la méconnaissance des affections mentales qu'on observe si fréquemment dans les familles et dans la société.

Mais il n'est malheureusement pas que les profanes pour porter en la matière un jugement péjoratif ou inadéquat. Pour certains médecins, l'aliénation mentale demeure un chapitre inexploré.

A la suite de l'élan magnifique imprimé par PINEL et ESQUIROL, la création des asiles, en vertu de la loi de 1838, marqua un immense progrès. Elle eut pourtant, comme conséquence, de faire du malade mental un malade spécial, traité dans un établissement particulier, souvent éloigné des centres et de conférer à la psychiatrie elle-même une spécialisation peut-être excessive.

Les traités mettent surtout en lumière, et c'est leur rôle, tout ce que la psychose crée d'insusité, tout ce qui différencie l'aliéné.

Enfin, émises par des spécialistes, certaines considérations semblent devoir élargir le fossé qui sépare le malade mental de l'humanité courante. Dans son livre si fin, si pénétrant, consacré à la « Conscience morbide », BLONDEL n'arrive-t-il pas à cette conclusion que l'aliéné ne peut ni se comprendre, ni se faire comprendre et que « l'expérience morbide est incommensurable à la nôtre »? Une conception comme celle de la « démence précoce », de KRAEPELIN, de la « schizophrénie », de BLEULER, poussée à l'ultime rigueur par quelques disciples, ne fait-elle pas peser sur l'avenir du sujet, dès l'apparition des symptômes initiaux, un pronostic d'une gravité extrême?

Au début de nos études, de telles opinions n'éveillaient en nous qu'un étonnement douloureux : Etait-il possible qu'il en fût ainsi ? Au fur et à mesure que la psychiatrie nous devenait plus familière, un doute naissait dans notre esprit. Des méthodes parfois employées nous causaient un sourd malaise : pourquoi moins de respect, de pitié et d'égards pour les malades mentaux que pour les autres ?

Mais entre ce mouvement de sympathie et une conscience claire des faits, entre ce vague sentiment d'injustice et la tentative d'une réparation, si modeste soit-elle, il y avait beaucoup de chemin à faire. Ce chemin, nous l'avons essentiellement parcouru durant notre internat à la Maison nationale de Saint-Maurice-Charenton. Il semble que l'esprit généreux d'ESQUIROL l'anime encore. Dans son atmosphère sereine, un peu monacale, nous avons trouvé un climat incomparable. Et dans la personne du Docteur H. BARUK un maître à qui nous devons de mieux observer, de mieux comprendre, de mieux penser peut-être. C'est en le voyant à l'œuvre que la tâche du médecin d'asile nous est apparue sous son vrai jour. Si nous avons été sensible d'emblée à son respect quasi religieux de la personne humaine, à cette déférence vis-à-vis du malade qui lui est bien particulière, nous n'avons saisi que peu à peu le sens de la grande attention prêtée aux propos les plus déraisonnables et les plus vides en apparence, de l'extrême souci du moindre détail, de la longue patience apportée au règlement du plus petit conflit. Cette thèse même constitue une mise au point et le fruit d'une collaboration pour nous très précieuse. Nous avons essayé d'y traduire ce que nous avons vu et senti, mais savons à quel point s'y reflète l'enseignement et l'exemple de notre maître et tenons à souligner, à la base de cet effort personnel, tout ce qui lui revient.

Les conceptions relatives à l'aliéné ont varié à travers les âges. Le temps limité dont nous disposions pour la préparation de cette thèse ne nous a pas permis de réunir les matériaux nécessaires à un historique de la question. Nous nous bornons à apporter une contribution au problème par quelques documents et diverses impressions cliniques. Nous espérons, ainsi, mettre en évidence un des aspects encore mal connus de la personnalité du malade mental dont découlent une certaine conception de l'aliéné et des directives thérapeutiques.

En effet, très souvent l'aliénation est, nous l'avons vu, conçue comme une sorte de déchéance globale, ou, tout au moins, comme un état complètement étranger à la pensée normale. Certains auteurs, pourtant, ont fondé la connaissance des « folies partielles ». Les études des monomanies d'ESQUIROL, des folies lucides de TRÉLAT, des folies raisonnantes, des délires d'interprétation de SÉRIEUX et CAPGRAS..., ont montré que les troubles peuvent ne porter que sur des domaines particuliers, respectant le reste du psychisme.

Mais, à côté de ces cas où le malade, en apparence lucide, présente des perturbations mentales dissimulées, il en est d'autres où, derrière l'aspect d'une aliénation profonde, persistent des éléments insoupçonnés d'une vie psychologique cachée. Ce sont des faits de ce genre qui constituent le centre de notre travail. V. PARANT, dans un important ouvrage intitulé *La raison dans la folie*, a souligné la conservation de facultés parfois remarquables chez certains malades. Tout récemment, le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE a consacré de vivantes études à la « Néo-sociabilité des aliénés. Ses types cliniques : son intérêt médical et thérapeutique, sa valeur psychologique, ses conséquences sociologiques. »

L'aliénation mentale est donc loin de constituer la déchéance qu'on imagine trop souvent et la personnalité s'y trouve parfois moins touchée dans son intimité que les apparences ne le laissent supposer.

La conception qu'on se fait de l'aliéné retentit considérablement sur les données thérapeutiques. Nous avons tenté de caractériser l'attitude qu'impose cette idée : quel qu'il paraisse, le malade mental n'est pas forcément un être inconscient et avili. Il est susceptible de garder profondément en lui les attributs essentiels de la personne humaine.

II. NOTES CLINIQUES

Avant d'exposer les faits cliniques que nous croyons dignes d'intérêt, nous voudrions donner un aperçu de la méthode dont nous nous sommes inspirée.

Les observations reposent, souvent, sur une série d'interrogatoires, plus ou moins longs et répétés. Dans de nombreux cas, l'aliéné flanqué d'un ou de plusieurs infirmiers est conduit au cabinet médical. On lui pose une suite de questions, on l'observe, on prend des notes. L'impression qui se dégage souvent est celle d'un inculpé amené devant le juge d'instruction et il n'est pas rare que le malade l'accuse. Parfois, cette impression l'effraie au point de l'inhiber. Parfois, elle le fige dans une attitude de révolte et d'opposition. Excellent test, dira-t-on. Mais ne risque-t-il pas, tout de même, de fausser un jugement rapide?

Une attitude bienveillante, quelques paroles amicales évitent ou calment cette réaction de début. Les réponses se font avec docilité ou complaisance. L'art veut qu'un premier contact permette le diagnostic. Il faut donc sonder profondément, se livrer à toute une inquisition et il arrive qu'on assiste à un véritable corps à corps entre l'aliéniste qui cherche à arracher les aveux et le sujet qui se défend contre cette effraction morale. Là encore, un subterfuge devient tentant : susciter la révélation d'un délire par une attitude approbative, entrer dans ce délire,

renchérir même pour voir jusqu'où il peut s'étendre. Nous soulignerons, plus loin, par des exemples, le réel danger d'une telle attitude.

Qu'on force le malade ou qu'on le leurre, le résultat est le même : le médecin devient l'ennemi, celui qui utilise à charge les déclarations ou les confidences, qui fait arme de toute confiance et de toute sincérité. Certes, la position du psychiatre est difficile qui défend la société et applique une loi. Mais n'a-t-il pas pour mission aussi le secours et la protection de l'aliéné ? Ses méthodes peuvent-elles impunément être celles d'un policier ? Nous ne le croyons pas.

Si nous considérons la technique analytique, nous ne lui contesterons pas d'être infiniment plus souple, plus compréhensive et combien plus patiente, mais elle demeure tout de même une technique et, de ce fait, disséquante, systématique et froide. De plus, le psychanalyste ne voit son client qu'à l'occasion de rendez-vous espacés, à horaire précis, dans des conditions toujours identiques, sorti de son cadre et du courant de la vie, comme on observe expérimentalement un organe isolé.

A ces instantanés, s'oppose le long film qu'est la vie de l'aliéné dans le cadre de l'asile. C'est là qu'il devient possible de le suivre de jour en jour, pendant des semaines, des mois, des années, de le voir dans ses rapports avec le milieu, les autres malades, le personnel infirmier, le service médical, avec les membres de sa famille à l'occasion des visites ou des lettres. C'est alors que surgissent parfois des faits inattendus, insoupçonnés, contrastant avec l'habitus ordinaire et ouvrant de vastes aperçus sur la vie profonde et la persistance de la personnalité chez certains malades. « Mais ces faits s'inscrivent dans la continuité de la vie « quotidienne et en apparence banale du service, ils se

« présentent comme des lueurs qui brillent soudain soit
« spontanément, soit à l'occasion de petits incidents qu'on
« aurait tendance à négliger... ils échappent à celui qui
« fait des efforts méthodiques en vue d'un résultat inté-
« ressé, mais s'offrent par surcroît si l'on s'attache à la
« vie du service dans ses manifestations les plus
« humbles... » (H. BARUK). Il faut attendre avec vigi-
lance, les yeux ouverts, avec respect pour le mystérieux
travail qui s'opère dans les esprits. Et créer autour de soi,
dans la mesure de ses forces, cette asmosphère favorable
de sympathie, de confiance, de bonne foi réciproques qui
constitue un des éléments essentiels du traitement.

*
**

Les résultats ainsi recueillis sont difficiles à schématiser
et à classer. C'est seulement pour la commodité de l'étude
qu'on essaiera de les grouper dans les chapitres suivants :

1. Les manifestations de la vie intérieure et de la per-
sonnalité au cours de divers syndromes psychopathiques,
même en apparence démentiels.

2. La vie sociale des aliénés.

3. La vie morale des aliénés.

1. *Manifestations de la vie intérieure et de la personnalité au cours de divers syndromes psychopathiques même en apparence démentiels.*

1° ETATS MÉLANCOLIQUES.

Il est à peine utile de rappeler à quel point la vie de l'esprit et la personnalité persistent dans la plupart des états mélancoliques. Elles semblent même, sous l'apparence de l'inertie, s'exalter parfois : scrupules infinis, incessants examens de conscience, délicatesse morale extrême conférant à la moindre faute une valeur absolue, sentiment aigu de la déchéance, désir d'expiation et de sacrifice. Souvent, le mélancolique se livre, en lui-même, à une introspection implacable. Ce qu'il voit n'est pas imagination pure, mais les aspérités de sa conscience lui paraissent des montagnes au travers de sa douleur. Tout cela est trop connu pour qu'il soit nécessaire de prendre des exemples.

2° FOLIES PARTIELLES. DÉLIRES SYSTÉMATISÉS.

Cette expression de folie partielle est très explicite. Le fait qu'une partie des facultés demeure intacte n'est guère contesté. Selon les circonstances plus ou moins propices, le délirant conserve, plus ou moins longtemps, sa place dans la société. Il est capable, pour ainsi dire toujours, d'exercer sa profession, de se livrer à ses occupations favorites. Il garde un contact étroit avec le monde, les événements politiques et sociaux, les progrès de la science, dont il alimente ses interprétations. On note donc la persistance indéfinie d'éléments sains qui semblent sans action sur le délire. Celui-ci constitue, pour de nombreux

auteurs, une entité morbide à évolution implacable, irréversible.

La personnalité des malades, loin d'être amoindrie, s'en trouve renforcée, exacerbée. L'intensité de la vie psychique, leur activité intellectuelle, la passion qui les anime et leur inspire parfois une telle éloquence, en font des figures d'un relief saisissant. Mais cette personnalité vigoureuse tend à se figer dans une rigidité si grande qu'elle semble bientôt inaccessible.

Nous croyons, cependant, que le délire n'est pas insensible à l'ambiance dans son évolution et surtout, peut-être, dans sa constitution.

Prenons l'exemple d'une psychose hallucinatoire que nous observons depuis avril 1938.

1. Monsieur R. F., 44 ans, comptable, se présente correct, affable, très sthénique, le regard vif et franc. Il s'exprime avec beaucoup d'aisance et une conviction absolue. Il est victime, dit-il, de l'invention la plus odieuse, la « machine du Docteur N. » qui, par le moyen d'ondes électriques, attaque les gens dans leur corps et leur esprit, les pousse à paraître insensés, fait qu'on les interne. A l'appui de ses dires, il détaille les sensations très pénibles qu'il ressent : contacts, picotements, brûlures sur la peau, tête douloureuse, foie gonflé. Souvent, il entend les voix du Docteur N. et de ses acolytes qui l'injurient et cherchent à l'épouvanter. Mais il résiste, se défend par divers procédés de son invention — pointes, prises de terre — et n'a plus qu'un but : poursuivre et démasquer ses persécuteurs. Par ailleurs, un homme affecté mais nullement agri, bon, sensible, rendant volontiers service autour de lui, poursuivant des lectures et des traductions en langues étrangères.

Cas banal, s'il en fut. Mais étudions les étapes de la maladie.

A la suite de surmenage et d'excès éthyliques, M. F. éprouve des malaises liés, peut-être, à l'insuffisance hépatique : constipation, céphalées, vertiges. En même temps que des troubles cénesthésiques, quelques hallucinations de l'odorat et du goût lui occasionnent un sentiment d'étrangeté et éveillent sa méfiance. Conduit par sa femme dans une maison de santé, il s'y trouve bien mais ne peut y demeurer pour des raisons pécuniaires. Un jour, deux hommes se présentent. Ils se disent policiers et, malgré sa résistance et ses vives protestations, l'enferment dans une voiture et le conduisent à la clinique du Docteur N. L'effet de cet internement réalisé par surprise et contrainte est d'importance : « Je compris, relate le malade, tout ce qui se passait en moi et autour de moi depuis déjà longtemps et que j'étais victime de la plus abominable machination. » Tous les soupçons et les craintes éparses forment bloc : le délire cristallise.

Pour favoriser les aveux, le Docteur N. entre dans le délire, le confirme, l'enrichit de perspectives nouvelles. Des traitements appliqués sans explications et sans ménagements : ingestion forcée de sédatifs, sondes œsophagiennes, achèvent d'ancrer les idées de persécution. Bientôt apparaissent des hallucinations auditives.

A ce moment, M. F... est transféré dans un troisième établissement où il rencontre des soins non agressifs et une meilleure atmosphère morale. Nouvelle détente : les hallucinations se calment, les idées délirantes se font moins impérieuses. Mais une intervention malheureuse se produit : à deux reprises, un médecin inspecteur examine le malade, le « cuisine », l'écoute avec complaisance au cours d'un long entretien, le confirme dans l'idée d'une séquestration arbitraire par une promesse de sortie immédiate. Le délire repart, atteint son paroxysme et les

hallucinations auditives renaissent. M. F... tient un véritable journal des souffrances qu'il endure et le réseau de ses interprétations s'étend à tout son passé et, au delà de sa personne, aux siens et à la société.

Cette observation nous montre que le délire ne reste pas insensible aux conditions extérieures et réagit à diverses influences : à une ambiance sédative ou irritante, aux procédés arbitraires : surprise, abus de confiance, contrainte, à la manifestation d'un intérêt flatteur et aux illusions nées de fausses promesses.

Nous avons cru trouver une confirmation et un complément de ces données dans l'étude d'un autre délirant.

2. Monsieur P. G., 35 ans, ingénieur, occupant un poste éminent, a subi, en 1938, un premier internement de six mois. Il présentait alors une excitation psycho-motrice avec idées délirantes de persécution, à la suite d'un surmenage intense et de difficultés réelles survenues dans sa carrière. Incomplètement guéri, en convalescence auprès de sa mère qu'il chérit passionnément, il voit cette dernière succomber, en quelques jours, à une affection indéterminée. Il rechute aussitôt, accuse d'assassinat les médecins traitants, devient menaçant et est interné de nouveau.

Au sein de l'asile, obéissant à la règle sans murmure, M. G. vit dans un isolement farouche, entouré d'une atmosphère de crainte respectueuse. Il ignore la foule des autres malades, refuse les visites, les journaux et les lettres. Qui le voit pour la première fois ne peut se défendre d'une impression de saisissement. C'est la statue de la révolte, de l'indignation, du mépris. Très grand, bâti en

athlète, l'air d'un prince outragé, il s'avance vers le médecin avec la rigidité d'un automate, le toise, le foudroie du regard. Sur ce corps pétrifié, le visage exprime la passion la plus véhémence. Le bouillonnement en est tel que le malade ne peut contenir les larmes qui coulent sur son visage et le tremblement qui l'agite. D'une voix sarcastique, mordante, il réitère ses accusations, proteste contre sa « séquestration arbitraire » et conclut invariablement, avec emphase : « Fort bien, vous en répondrez devant la Cour d'Assises ! »

Combien auraient cru une action impossible sur ce paranoïaque, persécuté, revendicateur, muré depuis plus d'un an dans son hostilité hautaine ?

Cette action fut pourtant entreprise, elle se poursuit en ce moment. Beaucoup plus rapidement qu'on ne le pensait, elle a montré quelque efficacité. Après qu'il eût été plusieurs fois écouté avec attention et patience et qu'il eût obtenu la preuve que ses requêtes aux autorités avaient suivi leur cours régulier, M. G. perdit un rien de son arrogance et de sa raideur. Il accepta l'examen médical qu'il refusait d'abord, puis consulta spontanément pour quelque malaise. Il consentit à exposer certains besoins de nourriture et de vêtements et reçut satisfaction à toute exigence raisonnable. A ses questions furent opposées des réponses franches et fermes. Les promesses qu'on lui fit furent exécutées sans délai. Il perçut une sollicitude et un dévouement sincères, une incontestable bonne foi. Malgré lui, peut-être à son insu, son attitude est devenue moins rigide, moins tendue, son apparence s'est faite plus humaine ; il a renoncé à ses airs terribles, ce qui a permis de le placer dans une division plus agréable.

Ainsi, la stricte observance de simples devoirs de service a suffi à réaliser un apaisement relatif, à tempérer

la violence du ressentiment, à montrer qu'une personnalité délirante demeure accessible par certains côtés. Peut-on espérer qu'à la faveur de la détente, l'état passionnel décroisse et que les idées délirantes perdent elles-mêmes de leur force et de leur assurance? Certains délires systématisés se montrent, très rarement, il est vrai, moins irréductibles et moins incurables qu'ils ne le semblaient d'abord.

3° PSYCHOSES DISCORDANTES.

Nous avons évoqué, plus haut, la conception de la démence précoce dérivée des travaux de KRAEPELIN et de BLEULER. Affaiblissement des tendances instinctivo-affectives, autisme traduisant la désinsertion du réel, dissociation aboutissant à la désagrégation de la personnalité, autant de dogmes largement répandus. En pratique, le diagnostic de schizophrénie équivaut souvent à une excommunication de la vivante réalité humaine et sociale.

Pourtant, quand on s'attache à suivre ces malades, que de démentis l'on rencontre à ces notions! Nous en présenterons quelques-uns, en les groupant, pour la clarté de l'exposé, conformément aux subdivisions classiques d'hébéphrénie, de catatonie, de psychoses paranoïdes.

A. — *Hébéphrénie.*

Les deux jeunes sujets dont l'observation suit se sont montrés capables de réactions affectives non pas accidentelles et incohérentes mais parfaitement coordonnées et adaptées. Dans le second cas, la sensibilité à l'ambiance apparaît, en outre, d'une importance décisive.

3. Mlle N. P., âgée de 31 ans, malade depuis 1934, en est à son quatrième internement. C'est une petite femme gracieuse, d'aspect très juvénile, habituellement blottie dans un coin du dortoir ou de la cour, complètement désœuvrée. En général, douce, indifférente, plongée dans son rêve, elle traverse des périodes d'excitation et d'irritabilité, faisant, quand on la contrarie, des colères d'enfant gâtée. A l'examen, elle répond assez bien aux premières questions, puis paraît oublier l'interlocuteur, prononce des paroles incohérentes, part d'un rire inattendu et souvent se lève et s'en va. Les certificats sont unanimes : forme hébéphrénique avec rémissions partielles.

Au début de l'internement en cours, en juillet 1939, on apprend que Mlle P. est enceinte de trois mois : c'est l'épilogue de la dernière sortie qui a duré un an.

Pendant la gestation, le comportement ne diffère pas de ce qu'il était antérieurement. Mais la malade sait qu'elle est enceinte, elle en paraît contente, sans gêne comme sans ostentation, elle parle avec un joli sourire du « bébé » qui va naître, choisit son nom, se préoccupe de la durée de l'accouchement. Les examens gynécologiques, par contre, sont laborieux : on dirait qu'elle veut défendre son petit plus qu'elle-même. « N'appuyez pas ainsi, dit-elle à l'interne qui recherche les bruits du cœur, vous allez me l'écraser ! »

Dans le service où on la conduit au moment du travail, infirmières et sages-femmes, prévenues, s'attendent à un spectacle extraordinaire. Pas du tout. C'est, sans plus de bruit ni d'incidents, l'accouchement d'une primipare un peu âgée.

Mais ce qui frappe, c'est de voir pendant la durée des suites de couches, cette jeune mère heureuse s'occuper de son enfant, lui donner le biberon parce qu'on ne la laisse pas nourrir, le serrer dans ses bras, lui parler, lui

sourire. Aucune des femmes, dans la salle, ne se doute des antécédents de cette voisine jusqu'au jour où éclate une scène violente : fureur, cris, bris d'objets, on vient de lui apprendre qu'on lui retire son enfant, la famille ne pouvant envisager de la reprendre avec lui. Réaction tapageuse mais, pour bien dire, légitime.

Les premiers temps de son retour dans le service, la malade est triste et inquiète, on la voit souvent près de la porte de sortie, demander qu'on la laisse partir pour retrouver son petit. Actuellement, après dix mois, elle semble redevenue insouciante et puérile. Mais quand on lui parle de l'enfant, elle détourne généralement la tête et refuse de répondre.

Quelle valeur convient-il d'attribuer à ce cas d'une aliénée qui, en pleine évolution, montre, à l'occasion d'une maternité, les réactions d'une femme normale? Affaiblissement des tendances instinctivo-affectives? Pas toujours, du moins.



4. Monsieur J. F., 18 ans, est transféré le 25 août 1939 d'un service neurologique de Paris. Les premiers troubles sont apparus deux mois plus tôt, à l'approche d'un examen : crainte de l'échec, crainte de l'avenir, état d'inquiétude, de dépression, faisant rapidement place à une excitation psycho-motrice marquée. Il est interné dans un service d'agités, isolé et souvent maintenu. On porte le diagnostic de démence précoce au début.

Pendant les premiers jours de son internement, le malade, un grand jeune homme squelettique, d'une pâleur cireuse, demeure inerte dans son lit, couché sur le ventre,

le nez obstinément enfoui dans l'oreiller. Les rares paroles qu'on lui arrache traduisent l'inquiétude et l'effroi : « On va m'attacher, me camisolier, me mettre en cellule... » Interrogé sur sa famille, il se met à pleurer en disant que son père est arrêté par la police, sa mère exilée, son frère mort, qu'il ne reverra plus aucun des siens. Puis il retombe dans l'immobilité et le mutisme.

Le père se présente un jour. C'est un médecin. Il croit le cas désespéré et considère que son fils, atteint de démence précoce, est perdu pour lui. Au point qu'il refuse de le voir, alléguant l'inutilité de cette démarche pénible. Il faut insister, l'obliger presque à se rendre dans le service. En l'apercevant, le malade reste d'abord saisi, suffoqué. Après quoi il fond en larmes et traduit nettement, par son attitude et ses paroles, le bonheur qu'il ressent. Un peu plus tard, une série de lettres très affectueuses émanant de sa grand'mère — qui jusqu'alors avait ordre de ne pas écrire — vient lui apporter une joie nouvelle. Et, pour la première fois, il sort de son inertie et essaie de tracer une courte réponse.

Les soins attentifs, la douceur et la sympathie qui l'entourent achèvent la détente. De jour en jour, en même temps qu'il retrouve couleurs et embonpoint, on voit le jeune garçon abandonner ses frayeurs, s'intéresser à ce qui l'environne, se lever, s'occuper, s'épanouir littéralement. On l'interroge :

— Pourquoi restais-tu ainsi dans ton lit, à ton arrivée?

— J'avais très peur. On m'avait mis dans une cellule avec de gros barreaux de fer. J'étais tout seul. Les infirmiers ne venaient que pour les repas ou les piqûres.

— Pourquoi disais-tu qu'il était arrivé malheur à ta famille?

— Personne ne venait plus... Alors... je me faisais des idées... je croyais que je ne les reverrais pas...

Au bout de cinq mois, le malade pouvait passer au Service libre attendant à l'établissement. Il est, à l'heure actuelle, en mesure de commencer un apprentissage.

Un incident récent souligne encore son extrême sensibilité aux influences extérieures. Un autre pensionnaire, plus âgé que lui et en pleine rémission, s'était spontanément institué son Mentor, lui donnait des leçons de gymnastique, s'employait à l'instruire et à lui communiquer les trésors de son expérience personnelle. Excellentes intentions, mais méthodes mal adaptées, sans doute, puisqu'on vit le disciple décliner un peu, redevenir inquiet et ne retrouver son équilibre qu'après l'élimination de cette tutelle.

L'ensemble de ces réactions nous permet de soupçonner le rôle de la mésentente familiale — parents divorcés, dissensions religieuses — dans la genèse des troubles psychiques, celui de l'isolement systématique et de la contention, dans leur aggravation probable.

En résumé, conservation d'une affectivité intacte, sensibilité si grande à l'atmosphère morale qu'elle devient un facteur capital dans l'évolution de la maladie et sa régression.

On objectera qu'il s'agissait, peut-être, d'une erreur de diagnostic. Mais ce diagnostic a été posé, dans ce cas comme dans beaucoup d'autres superposables, par des médecins éminents. L'erreur ne résiderait-elle pas plutôt dans l'idée qu'on se fait parfois des modalités évolutives de l'affection? (1).

(1) Cf. H. BARUK et M. ZAPHIROPOULOS (Ann. Méd. Psy., 1939).

M. ZAPHIROPOULOS : *Contribution à l'étude des guérisons et des rémissions en dehors des thérapeutiques de choc* (Thèse Paris, 1939).

B. — Catatonie.

L'état mental au cours de la catatonie a été étudié par notre maître, le Docteur H. BARUK, dans des travaux poursuivis inlassablement depuis plus de 15 ans, et résumés dans son ouvrage sur la *Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale*. Nous voudrions seulement en rappeler ce qui concerne notre sujet en nous permettant d'intercaler deux observations.

Relatives à la pathogénie du syndrome catatonique, deux théories s'affrontent. L'une est une théorie neurologique, centrée sur l'existence d'importants phénomènes moteurs qu'elle assimile à ceux de la maladie de PARKINSON ou des syndromes striés. Elle accorde la prépondérance aux troubles physiques et considère les troubles mentaux comme secondaires et accessoires. N'ayant que la valeur d'un épiphénomène, ils n'entrent pas en ligne de compte dans l'attitude médicale : devant ce corps dont l'âme paraît absente, on se détourne ou bien, au contraire, toutes les audaces thérapeutiques semblent autorisées.

La théorie opposée, purement psychogénique, mettant au premier plan les désordres psychiques, nie l'organicité des symptômes. Elle s'irrite de leur intensité et de leur persistance et cherche à rompre l'attitude pathologique par des méthodes parfois analogues à celles employées dans l'hystérie. Dans d'autres cas, le malade, considéré comme un simulateur, est en butte aux manœuvres de redressement et de correction : n'a-t-on pas assisté au torpillage des catatoniques !

Qu'attendre d'interprétations pathogéniques qui négligent systématiquement une partie des faits ?

Des recherches absolument confirmées à l'heure actuelle, les courbes électromyographiques entre autres, montrent que la contraction catatonique a des apparences voisines de la contraction volontaire. De nombreux malades, interrogés en période de rémission, le confirment et présentent leur raideur et leur inertie comme un effet de leur volonté. Mais cette volonté n'est pas libre, c'est une volonté morbide gouvernée par des représentations pathologiques.

En effet, au cours de cette affection, la personnalité subit des modifications successives que l'on peut parfois saisir sur le vif, lorsque l'évolution n'est pas trop rapide.

Il semble que toute activité psychique soit d'abord submergée dans un premier stade de stupeur confusionnelle, ne laissant souvent aucune trace dans la mémoire. Bientôt, l'apparition de l'onirisme marque un second stade. Parfois franc, au début, il se dégrade rapidement en un onirisme incomplet où des perceptions exactes sont incorporées dans un demi-rêve. La conscience reparaît. Il s'établit entre les données oniriques et la personnalité renaissante une sorte d'échange et de compromis qui marque la transition de l'onirisme vrai vers le délire.

L'apparition de ce délire caractérise un troisième stade où la personnalité, prenant à son compte des idées fixes, post-oniriques, tente de les coordonner, de les organiser. Il en résulte des attitudes bizarres donnant à un observateur non prévenu l'impression de la simulation ou d'une réalisation voulue. C'est alors qu'on note les accès de gestulation théâtrale du « pathéticismus », que la raideur devient intense, le négativisme farouche, qu'apparaissent les impulsions. Il s'agit d'une véritable réaction de défense contre l'étreinte morbide.

A ce stade avancé, on ne se croirait plus en présence

d'une maladie organique comme à la phase confusionnelle de stupeur ou d'onirisme. Cependant, malgré ce contenu psychique et ces apparences volontaires, il existe des perturbations de toute l'économie (troubles vasculaires, sécrétoires, humoraux...) et bien souvent des causes toxiques et toxi-infectieuses, comme il ressort de nombreuses recherches physiologiques et expérimentales (1). Ces causes diffuses agissent à la fois sur l'organisme physique et sur le psychisme dans ses processus les plus intimes.

Ainsi, les faits d'observation se trouvent, dans leur ensemble, intégrés et confirmés. Malgré sa complexité, le catatonique apparaît comme un malade authentique et le traitement devra tenir compte, à la fois, du corps et de l'esprit.

En résumé, les manifestations de la conscience et de la personnalité peuvent se trouver suspendues à la faveur d'une stupeur initiale très forte; elles ressuscitent progressivement, beaucoup plus intenses qu'on ne croit sous les mirages de l'onirisme, l'équivoque du délire, sous l'autisme le plus caractérisé et le comportement le plus inexplicable. On ne saurait trop s'en pénétrer pour se garder de toute attitude incompréhensive ou brutale, de toute parole inconsiderée, susceptibles de retentir douloureusement dans cet être ligoté, impuissant mais qui, presque toujours, voit, entend et souffre. Des preuves nombreuses et incontestables en ont été rapportées (2).

(1) et (2) H. BARUK : *L'état mental au cours de l'accès catatonique. Rôle de l'onirisme et des idées fixes post-oniriques dans le négativisme, les délires et les hallucinations des catatoniques. Faux aspects de simulation. Etiologie toxique* (Ann. Méd. Psychol., n° 3, mars 1934).

Envisageons maintenant les formes évolutives.

Dans une éventualité exceptionnelle, le délire se renforce, fusionne avec la personnalité du malade tandis que les autres symptômes disparaissent. Cette évolution de la catatonie vers la paranoïa est très rare. (Il en a pourtant été observé un cas dans le service.)

Dans une seconde éventualité, les sensations d'engourdissement et le sentiment d'influence tendent à être remplacés, plus ou moins, par un état d'absence, les phénomènes hallucinatoires et délirants par un syndrome d'automatisme. A la catatonie de KAHLBAUM, stade « initial, « essentiellement réactionnel, à symptômes psycho-moteurs « actifs », succède une atteinte plus profonde, à symptômes « essentiellement dissociatifs, avec désagrégation « mentale » : c'est l'hébéphrénocatatonie, la démence précoce à début catatonique.

Ce passage d'un état vers l'autre, nous l'observons, en ce moment, chez l'un de nos malades. Nous avons en lui le spectacle d'une personnalité très belle et très riche qui semble lutter avec désespoir contre la dissociation et l'anéantissement.

5. Monsieur A. S., 31 ans, professeur de lycée, est en traitement depuis trois ans. En 1928, au moment où, après des études remarquables, il se présente au concours de l'Ecole normale supérieure, une rougeole l'empêche de passer l'oral et le laisse très fatigué, très différent de ce qu'il était jusqu'alors. Profondément affecté, plus tard, par la mort de sa mère, il semble littéralement bouleversé par la guerre d'Espagne et les événements qui menacent l'Europe. Après une courte période d'excitation, se constitue rapidement un syndrome catatonique. Lors-

qu'il entre à Saint-Maurice, en septembre 1937, il est en « pleine catalepsie avec raideur intense, négativisme, mutisme, troubles organo-végétatifs, refus d'aliments ». Depuis lors, cet état s'atténue par moments, alterne avec des crises d'excitation violente, présente quelques rémissions mais rares et incomplètes.

A voir ce malade tantôt immobile, rigide, contracté, muet, les yeux clos dans un visage pétrifié, tantôt agité, vociférant, en proie à des hallucinations manifestes, on peut se demander ce qui subsiste en lui du jeune et brillant professeur d'autrefois que la famille nous dépeint ainsi : sujet d'élite, doué d'une vive intelligence, d'une sensibilité vibrante, de dons artistiques très développés, paraissant promis à un bel avenir!...

Que l'esprit veille, quelques indices permettent néanmoins de le soupçonner. Un rien, un beau sourire, humain, amical, illuminant en éclair cette face morne. Une phrase inattendue : « Revenez souvent. » Une réaction : à une personne qui lui dit : « J'ai rêvé que vous étiez guéri », cette réponse : « Ce n'est qu'un rêve! » accompagnée d'une expression si fine de doute et de tristesse qu'on ne peut croire à un simple automatisme.

Ces impressions se trouvent largement confirmées quand une amélioration survient et permet d'assister à une émouvante renaissance. Il lui arrive alors de s'exprimer d'une façon admirable. A propos de ses hallucinations : « Ce sont des choses qu'on entend, bien qu'on ne veuille pas les entendre. Connaissez-vous, de Dickens, un conte de Noël où un comptable voit apparaître un fantôme et lui dit : « Oh! toi, je te reconnais, je sais ton nom, tu t'appelles une pomme de terre mal digérée! » Eh bien, pour moi, ces choses sont de l'ordre de la pomme de terre mal digérée. »

Quand, dans ce langage évocateur, sensible, il expose par le menu ce qui s'est passé en lui et autour de lui, les

raisons de son attitude et de ses réactions, on ne doute plus que la conscience puisse être conservée aux heures les plus troubles. Quand, entre deux éclipses, il se montre capable de discuter art et littérature en connaisseur subtil et profond, « aussi spirituel, aussi brillant, nous dit sa sœur, qu'il n'a jamais été », il faut bien conclure que tout n'a pas sombré de cette personnalité remarquable.

Et ce sont peut-être les réactions affectives qui dominent par leur intensité. M. S. appartient à une famille très unie mais qui, habitant une colonie, ne peut lui rendre que des visites rares. L'amélioration qui se produit presque toujours à cette occasion, les supplications du malade pour qu'on le ramène chez lui, l'humeur sombre manifestée après la séparation, montrent assez les sentiments qu'il conserve aux siens et la souffrance que lui cause leur éloignement.

Dans ses rapports avec l'entourage, nous avons remarqué à quel point il paraît sensible à la qualité des êtres qui l'approchent; les jugements qu'il porte sur eux témoignent souvent d'une sorte d'intuition profonde et juste. Certaines présences l'irritent vivement. Par contre, une détente notable survint sous l'influence d'un jeune infirmier qui eut le souci d'entourer ce patient difficile des soins les plus prévenants et les plus délicats. La reconnaissance de ce dernier fut telle qu'il modifia peu à peu sa manière d'être et cessa complètement de gêner, ne voulant pas « infliger une tâche pénible à une personne qu'il estimait autant ». Le départ de cet infirmier, lors de la mobilisation générale, fut l'occasion d'une véritable crise de désespoir et des allusions indirectes nous révèlent, parfois, un regret persistant.

Ainsi, nous voyons une personnalité forte aux prises avec le mal, en un poignant conflit; submergée souvent par l'intensité des symptômes mais étonnamment conser-

vée encore, prête à se révéler à l'occasion d'une détente ou d'un ébranlement profond.

Dans une dernière éventualité, enfin, l'évolution de la catatonie se fait vers la guérison. Cette issue heureuse n'est pas aussi rare qu'on le croit. Elle peut se produire parfois presque instantanément, à la faveur d'un événement heureux survenu au moment propice où la maladie commence son déclin; elle peut s'observer dans le cours d'une affection intercurrente ou, plus sûrement encore, sous l'influence d'un traitement étiologique. On assiste alors au nettoisement, à la résorption du délire, sous l'action d'une critique progressive, marquant le triomphe de la personnalité. Cette guérison est parfois définitive. Mais, dans certains cas, l'affection prend une forme périodique, les rechutes étant séparées par des intervalles de régression plus ou moins longs. On peut se demander, dans ces derniers cas, si, finalement, la personnalité n'est tout de même pas atteinte par un processus de désagrégation. L'observation suivante nous paraît fort instructive.

6. Monsieur L. C., 34 ans, garçon de café, est atteint d'une affection qui a débuté en 1924. Elle se caractérise par des accès de catatonie typique que séparent des périodes de rémission pratiquement complète, s'étendant sur de longues années. Le dernier de ces accès s'est produit après son entrée dans l'établissement, en octobre 1936. Ce malade, suivi par le docteur Baruk depuis plus de 14 ans, a fait l'objet d'études cliniques et physiologiques approfondies. Nous nous appliquerons seulement à donner un aperçu de son état actuel.

A ce jour, M. C. présente encore une attitude un peu

fléchie et une contracture permanente de la main droite qui s'oppose à l'extension complète. Il lui semble, par moments, qu'une rechute le menace. « Je me raidis d'une façon anormale, dit-il. J'ai l'impression que mon état mental se fausse... que ma volonté se prend... » Nous l'observons donc en état de rémission imparfaite, amélioré mais non guéri. Et de fait, timide, craintif, d'allure assez gauche, toujours un peu recroquevillé sur lui-même, le malade rougit violemment, s'immobilise, paraît inhibé dès qu'on le regarde. On ne le voit pas, on le découvre, plaqué contre un mur, dissimulé par un lit. On le surprend en train d'aider activement aux travaux ménagers, de contribuer aux soins des alités. On s'aperçoit qu'il lit beaucoup, qu'il goûte la musique. Arrivant à l'improviste, on l'étend énoncer devant un petit auditoire d'infirmiers ou de pensionnaires des propos fort judicieux, avec une facilité et une assurance qui s'éteignent dès qu'on apparaît. On finit ainsi par se rendre compte qu'il déploie, sans arrêt, l'activité la plus intelligente et la mieux adaptée. Silencieux, effacé, il participe intensément à la vie de la division. Ses dons d'observation et son intérêt sont toujours en éveil. Parfois, un incident survient. On interroge : que s'est-il passé, à quel moment ? L'infirmier hésite, l'intéressé s'embrouille. Tout à coup s'élève une voix un peu émue : « Pardon, Monsieur le Docteur... » et M. C., écarlate, l'air confus, fournit avec une précision minutieuse tous les renseignements demandés.

Cette lucidité remarquable est l'un des traits saillants de son caractère. Elle persiste intacte pendant ses périodes de cacatonie, le rendant apte à fournir, par la suite, de précieuses indications. Elle lui permet de se livrer sans cesse à une introspection très poussée, de même qu'elle le met en mesure de saisir avec force et pénétration tout ce qui se passe dans son entourage.

Mais ce qui domine, en lui, c'est un ensemble rare de

qualités morales. Les manifestations en sont si discrètes qu'il faut le suivre longtemps, avant d'en être frappé. C'est, sans le moindre souci de vanité ou d'ostentation, une correction innée, une parfaite politesse, une mesure et un tact exquis. C'est une gentillesse et un dévouement infatigables et en particulier pour ses compagnons d'infortune, une sollicitude active et une grande bonté. C'est sa reconnaissance pour les soins reçus, la plus petite attention et l'élan, la profondeur de l'affection vibrante vouée au médecin qui l'assiste depuis si longtemps.

Les données relatives à son comportement avant la maladie sont unanimes dans l'éloge. La mère dit : « Toutes les qualités, il les avait. » « C'est une perle », affirme l'employeur. Nous constatons qu'après une maladie intermittente mais s'étendant sur plus de 16 ans, en imminence de rechute peut-être, cet homme modeste conserve inaltérée une personnalité très fine et très attachante.

Aucun malade mental ne se révèle peut-être plus différent de son apparence que le catatonique, tel que nous le font comprendre les études dont nous avons tenté de donner un aperçu aussi fidèle que possible.

C. — *Psychoses paranoïdes.*

Les psychoses paranoïdes sont considérées, par la plupart des auteurs, comme des formes cliniques de la démence précoce où domine un délire spécial accompagné souvent de modifications du langage, et d'une pensée particulièrement enchevêtrée. Bien entendu, ce délire garde les stigmates de l'affection : perte de contact avec le réel, incohérence, ambivalence, stagnation et dissociation de la pensée.

Ces caractères, nous les retrouvons plus ou moins dans les cas cités. A première vue, ce sont bien des délires mal systématisés, extravagants, riches de contradictions et de stéréotypies, s'exprimant en un verbalisme touffu et confus, symbolique et hermétique à souhait.

Toutefois, ayant considéré objectivement chaque malade, nous avons cherché, en un second temps, à en faire l'étude plus approfondie, voulant, après l'avoir observé, essayer de le comprendre. Nous présenterons successivement les trois observations avant d'en dégager quelques données générales.

7. Monsieur E. M., 50 ans, médecin, était, il n'y a pas encore bien longtemps, un spécialiste notoire de par sa capacité et sa conscience professionnelles.

Sa maladie débute brusquement après une légère intervention chirurgicale et il est interné, en janvier 1934. Au début, l'affection se présente comme une psychose périodique : « Alternatives d'agitation avec logorrhée, hypermnésie, réactions impulsives et de dépression avec mutisme, refus d'alimentation, aspect cataleptique. »

Actuellement, on observe encore, sur un fond d'irritation psychique permanent, des attitudes diverses mais plus ou moins stéréotypées. La mimique reste étonnamment expressive. La tenue est disparate, négligée et recherchée à la fois ; les meilleurs vêtements prennent très vite un aspect bizarre. Tantôt, le malade vous assaille par un flot de paroles intarissable. Sous leur profusion désordonnée s'inscrivent quelques thèmes fondamentaux : les crimes de son père qu'il semble prendre à charge et leurs conséquences effroyables : guerres, souffrances, massacres, le sort affreux réservé à certains personnages, l'erreur et le danger que constitue l'exercice de la médecine...

Tantôt, il disparaît du passage et quand on va le voir, se présente le visage douloureux, dans une attitude volontiers théâtrale : avec de grands gestes, des sanglots, il s'agenouille ou même se prosterne, la face contre terre.

De nombreux éléments subsistent donc d'une psychose maniaque dépressive. Mais il s'agit à tout le moins d'une forme atypique dont l'évolution prolongée semble se faire de plus en plus vers un état paranoïde, comme le confirment l'observation de l'activité, du comportement moral et surtout l'étude du délire.

Activité, n'est-ce pas là un terme impropre? Certes, le malade est souvent plongé dans ses livres, mais il les groupe autour de lui comme en un cercle magique, les couvre d'inscriptions illisibles, les met en pièces. Depuis quelque temps, il tire sans arrêt des croquis plus ou moins heureux de tous les gens qu'il rencontre, mais il se livre au dessin comme à une obsession. N'est-il plus capable d'une œuvre utile et adaptée? Un démenti formel nous en a été fourni par hasard. Un cas de pathologie générale se présente, assez embarrassant. Le médecin du service a l'idée de s'adresser à M. M..., et bien qu'il le trouve en piteux état, débraillé, égaré, il lui demande son concours. Le malade change d'aspect : « Attendez-moi un instant », dit-il. Il disparaît précipitamment dans sa chambre pour revenir, un chapeau melon sur la tête, un semblant de cravate autour du cou, de vieux gants à la main, ayant retrouvé le sentiment de la dignité professionnelle. Avec une technique parfaite, il examine l'intéressé, puis, dans un exposé magistral, formule le diagnostic, le discute, ordonne le traitement. On croit assister à la résurrection du brillant praticien d'autrefois. Mais de nouvelles tentatives faites dans le même sens échouent : l'activité pratique est pour lui sans attrait.

Le comportement moral s'écarte encore plus de ce

qu'on voit dans la manie : c'est celui d'un homme généreux, délicat, d'une honnêteté scrupuleuse. Autorisé, un jour, à sortir dans le parc à condition d'être rentré à 5 heures au quartier, il s'évade, gagne Paris, arrive en toute hâte chez son libraire attitré mais, à l'heure dite, il est revenu et sonne à la porte de la division.

Ce qui montre mieux encore la conservation d'un sens éthique profond, ce sont les conceptions qui régissent le délire et les croyances qu'il révèle. L'une de ses idées favorites est celle d'une justice immanente : toute faute veut un châtement. Le collègue qui l'a interné par surprise meurt : c'est la punition de son abus de confiance. Sa mère, par crainte de l'opinion publique, s'oppose à une permission que le médecin est prêt à accorder. Sans avoir été au courant des pourparlers, le malade semble les avoir perçus : son attitude vis-à-vis de cette mère change et il la charge de nombreux forfaits. Les infirmiers qui manquent d'égards pour lui sont menacés des pires revers. Le monde entier paraît promis aux calamités et à la destruction, pour payer l'injustice qui lui est faite.

A un certain moment, le courroux est tel qu'il confine à l'agressivité. On change le malade de division, on lui supprime momentanément les avantages dont il jouit. Le lendemain, le revendicateur forcené s'est transformé en un pécheur repentant qui s'agenouille et implore son pardon. Dans son esprit, la proposition s'est renversée : on l'a puni, c'est donc qu'il était coupable. Et le thème s'étend. Tout châtement implique une faute. S'il est interné, c'est qu'il a failli. Mais sa conscience d'honnête homme ne lui fournit pas de quoi justifier la peine qu'il subit. Sans doute paie-t-il les fautes de son père. Celui-ci devient alors responsable de la guerre de 1914-1918 avec laquelle la guerre actuelle semble fusionner et de toutes les catastrophes qui en ont rejailli sur le monde.

Cependant, l'explication lui semble encore insuffisante et il en trouve une autre : je n'ai rien fait de mal que d'exercer la médecine. C'est donc qu'elle est mauvaise. Ne contrarie-t-elle pas la nature par des moyens violents ? « Prescrivez peu, dit-il confidentiellement, très peu... de l'eau de Vichy!... » La science est impie qui cherche à pénétrer ce qui doit demeurer caché et, dans un accès prophétique, il s'écrie : « Laënnec... Pasteur... mon maître Vidal..., en enfer pour toujours ! »

Dans cet homme, dépouillé par la maladie de la superstructure que représentent l'éducation et la culture scientifique, on voit revivre de très anciennes convictions religieuses et morales : celle de la justice immanente, celle de la solidarité humaine au travers des générations, enfin la vieille notion du péché et du fruit défendu cueilli sur l'arbre de la science. Et l'on comprend que ses attitudes de déclamation prophétique, de prosternation et de prière sont, elles aussi, d'inspiration essentiellement religieuse.



8. Monsieur R. D., 37 ans, ancien officier de carrière, est entré à Saint-Maurice en octobre 1931, venant du Val-de-Grâce. Les termes du certificat de transfert sont les suivants : « Syndrome schizophrénique évoluant depuis trois ans et demi, avec tendance à l'isolement, perte de toute activité pragmatique, conceptions mystiques exaltées, déclarations prophétiques, messianiques et mégalo-maniaques, désordre du comportement avec fugues et service intermittent. »

Actuellement, après 12 ans de maladie, M. D. se présente comme un homme vigoureux, au visage énergique et intelligent. Il se montre à l'observation quotidienne sous des aspects bien différents. Pendant des périodes

plus ou moins longues, il se refuse à tout contact avec l'extérieur, demeure claustré, ne quittant pas son lit. C'est tout juste si l'on peut entrevoir sa pâleur, le durcissement de son regard, l'altération de ses traits. Mais on l'entend, parfois, pousser des clameurs, des imprécations terribles. Il demande, lui-même, d'être attaché, pour éviter les violences dont il ne se sent pas maître.

Dans l'intervalle de ces crises, c'est l'homme le plus doux et le plus affable. Il vous accueille dans une cellule dont l'aménagement témoigne d'une rare ingéniosité. Sans autres matières premières que du papier-journal et de la mie de pain trempée, il a obtenu des conglomerats épais et résistants, construit de véritables meubles : un bureau, un fauteuil. Tout est propre, net, organisé en vue de l'attrait et du confort. Habillé, en partie, de vêtements qu'il a confectionnés, on le trouve toujours actif, plongé dans ses lectures, bricolant avec habileté ou s'adonnant à la culture physique. Très sociable à ces heures, il a de longs entretiens avec d'autres malades, organise même des séances de musique et de travaux en commun.

C'est alors qu'il expose volontiers des choses surprenantes. Il est appelé à une mission surnaturelle. Ce qui ne l'empêche pas d'entrer en conflit avec la divinité. Celle-ci emprunte essentiellement l'aspect d'une femme. C'est l'Eternel féminin qui l'humilie sans pitié, « le met plus bas que terre » et provoque ses accès de « révolte satanique ». Les révélations reçues sont elles-mêmes atroces, car la Vérité est une force « terrible et surhumaine ». Et sa voix calme développe le délire le plus touffu où s'enchevêtrent étrangement des notions philosophiques, religieuses, littéraires, scientifiques, de tous les temps et de toutes les nuances, puisées sans critique à toutes les sources, amalgamées en un mysticisme douteux fortement imprégné d'érotisme.

Figure bien étrange, au premier abord. L'histoire du malade permet de la mieux comprendre.

Issu d'une famille traditionnaliste, jeune officier sortant de Saint-Cyr, c'est, à 25 ans, un tempérament passionné, vibrant, un esprit curieux féru de poésie romantique et de philosophie. Il contracte, alors, une liaison ardente qui bouleverse sa vie. Mais, chez cette femme parée d'un si violent attrait, il ne rencontre pas les qualités morales d'une vraie compagne. Sans cesse, il la compare au souvenir idéalisé d'une jeune fille qui lui a inspiré un pur et grand amour d'adolescent et dont le mariage fut sa première douleur. Un soir, une peur terrible l'assaille : crainte de l'abîme, crainte de Dieu, crainte de l'Enfer. Il décide de rompre. Il y parvient mais au prix de souffrances et d'efforts inouïs.

Cette crise de conscience le ramène à la foi. Il songe à la vie religieuse « comme à une parfaite réalisation de sa personnalité », il rêve d'une « synthèse intellectuelle, mystique, scientifique ». Il se jette à corps perdu dans les œuvres charitables, fait une série de retraites dans des ordres différents. Son état d'excitation est tel qu'un spécialiste consulté parle déjà de schizophrénie.

Après quelque temps de repos, il se fait mettre en congé et entre au noviciat. Là, il est nettement inspiré. Il comprend les choses de la vie mystique, de lui-même, avant qu'on les lui enseigne. Sans trop s'attarder aux études, il marche d'illuminations en révélations, se sent prédestiné à une mission divine. Ses condisciples étonnés disent « qu'il sent le fagot » et, de fait, son orthodoxie est tellement suspecte qu'on ne peut le garder dans l'ordre.

C'est, après le refoulement des tendances charnelles, l'échec des aspirations religieuses, la faillite dans l'amour divin comme dans l'amour humain. Hors de la vie, hors de l'Eglise, il sent sourdre en lui la révolte et le déses-

poir. Il ne résiste plus aux forces qui l'entraînent, s'exténue en des marches prolongées et sans but, se met à blasphémer en pleine rue, songe au suicide. C'est dans ces conditions qu'on l'amène au Val-de-Grâce.

Après une période de dépression où il se considère comme « banni », puis comme « réduit à néant », la réaction se fait dans le sens du défi et de la lutte. Ce sont alors les fameuses crises de « durcissement » avec leur « cortège de blasphèmes démoniaques, de rage infernale et de désespérance... » Ce qu'il nomme lui-même « la psychose du réprouvé » et qu'il caractérise ainsi : « Haine de la vie sous toutes ses formes et surtout haine de cette cruelle Sagesse, cause de tous nos malheurs..., état d'un être qui souffre sans espoir avec une âme dure et âpre de révolté. »

Sa conception de la divinité est d'un anthropomorphisme criant. C'est une manière de Trinité, composée d'abord d'un principe féminin à double face : une face d'ombre, infernale, symbolisant la Sensualité, une face de lumière, céleste, représentant la Sagesse. Cet Eternel féminin, doué d'une suprématie incontestable, doit maîtriser le principe masculin, celui de la Force. De leur union finale, naîtra le troisième principe divin : l'Enfant, principe de conciliation, neutre et sans désir, principe de contemplation et de ravissement.

Cette mystique n'est donc que la transposition d'une expérience personnelle. Et l'évolution qu'elle subit semble bien correspondre à des modifications du psychisme. Au début, le malade personnifiait surtout le principe masculin en rébellion. Maintenant, il continue à souffrir, mais la « damnation » lui apparaît comme « une forme parfaite de la justice divine, s'appliquant indistinctement à tous les êtres qui, ici-bas, n'ont d'amour que pour les réalités matérielles ». Ses années de révolte satanique, il doit les expier par de nouvelles douleurs, pour être enfin digne

d'accomplir sa mission. Ce qui nécessite, d'après lui, « non seulement de l'héroïsme surnaturel, mais de l'extravagance dans le malheur, autrement dit un état de folie ! » Cette mission lui permettra de réaliser la Conciliation suprême : l'initiation de l'humanité au culte de l'amour de l'Enfance, c'est-à-dire de la pureté. Et déjà, par moments, il se sent pénétré de simplicité, d'innocence, de gaieté, de fraîcheur, comme un petit enfant. Mais ce n'est là qu'une anticipation, le stade actuel est encore celui des sanctions et des peines.

De même qu'il transpose son propre tourment sur le plan divin, il le projette sur le monde extérieur. Ce monde, où domine, plus que jamais, le principe masculin de la force, doit traverser une ère très longue de malheurs, de cataclysmes, de guerres, de famines qui le conduiront presque à sa perte. Après quoi, il atteindra, lui aussi, à la pacification et à la béatitude, « réalisant le paradis sur la terre, avant le jugement dernier ».

Tout ceci ne donne qu'un aperçu de conceptions qui s'enrichissent sans cesse, s'expriment souvent avec vigueur, éloquence, poésie, abondent en intuitions psychologiques (conscience partielle de l'état morbide) et sociologiques (perception de la dureté spéciale des temps où les progrès de la science se retournent contre l'homme). Mais leur intérêt réside surtout dans l'évolution intérieure qu'elles traduisent. C'est, après une première phase catholique, de convulsions, de contradictions, de révolte, résultant d'un conflit aigu entre les diverses tendances, l'acheminement vers un état où les souffrances prennent le sens d'une expiation, où apparaît l'espoir d'un apaisement final. C'est une tentative de sublimation des forces instinctives et des passions, une ascension vers un idéal de pureté, un effort de sanctification.

9. Monsieur P. L., 41 ans, ingénieur, est entré dans le service en décembre 1931, après cinq mois d'observation au Dispensaire de prophylaxie mentale où il se trouvait pour la seconde fois. Le certificat est catégorique : « Incapacité de travail depuis 7 ans. Inertie. Indifférence affective. Apragmatisme sexuel complet. Réactions impulsives. Syndrome de démence précoce. »

L'étude des antécédents met en évidence de nombreux facteurs pathogènes.

Entre une mère psychasthénique, un père irritable, impulsif, un frère promis, comme lui, à une affection mentale, la jeunesse de M. L. s'écoule dans une atmosphère pesante et troublée. De plus, la situation de son père dans l'enseignement est l'occasion de déplacements dans différentes villes, réalisant à chaque fois une sorte de déracinement. Ainsi, pendant les six années d'un séjour dans l'Est, l'enfant se lie avec un petit camarade d'études dont la compagnie le libère un peu du mauvais milieu familial et apparaît, dans ses souvenirs, comme un événement radieux. Mais l'installation définitive dans la région parisienne rompt brutalement cette amitié. C'est alors que ce garçon de 11 ans présente, pour la première fois, des crises d'anxiété et même des idées de suicide. Dans le lycée qu'il fréquente, il est l'objet de moqueries cruellement ressenties. Là, dit-il, « mon affectivité a été en partie massacrée ». Il se replie sur lui-même, s'absorbe dans les travaux scolaires. A 13 ans, il accuse de nouveaux troubles : sentiment d'angoisse, d'étrangeté, obsessions d'ordre didactique : « La vapeur est-elle supérieure à l'électricité? »

Malgré ces entraves, l'intelligence est vive, les études brillantes, surtout en sciences et en mathématiques et à 20 ans il est reçu à Centrale.

Une pleurésie tuberculeuse l'arrête pendant deux ans. Il peut néanmoins reprendre et achever ses études, mais son équilibre paraît définitivement compromis. « Depuis cette maladie, j'ai toujours vécu dans la rumination mentale, dans le vague, j'ai perdu la sensation du monde extérieur. »

Le contact avec la vie pratique achève le désastre. Pendant un stage d'un an, dans une grande usine, il ne parvient pas à s'intéresser aux applications industrielles de la science, non plus qu'à l'entourage. Son incapacité d'adaptation le rend très malheureux. Il demande un congé, se replonge dans les études théoriques et les lectures, tente de retrouver « ses anciennes joies passées ». Mais un soir, dans un moment de bonheur inexplicable où il se met à chanter, brusquement la conscience lui vient de « son conflit avec la société », il sent se produire « un craquement dans sa personnalité » et « une fuite dans l'irréel ». L'histoire de sa maladie est celle de ses efforts désespérés pour reprendre contact avec la réalité et reconquérir une personnalité stable.

Après neuf ans d'internement, M. L. a l'aspect d'un personnage chétif, un peu minable, sans âge bien déterminé, étiqué, émacié, terne, le regard vague ou inquiet, la parole hésitante, l'allure furtive. Il traverse la foule des autres pensionnaires, distant, indifférent, parlant rarement, ne se liant jamais. Son existence presque entière s'écoule dans sa chambre, entre ses livres et un poste de T. S. F., au milieu d'une méditation sans fin. Méditation calme, en général, mais parfois tumultueuse si l'on en croit l'agitation et les cris qui lui succèdent à certains moments.

Jamais il ne demande rien, mais, lorsqu'on le questionne, se plaint de sa santé, de malaises physiques divers, troubles digestifs, asthénie, auxquels il reproche surtout de retentir sur sa pensée. La conscience de la maladie

est chez lui très nette. « Tout ceci me met la tête à l'envers, je dégringole du trois dans le deux, toutes mes personnalités se brouillent, je m'ennoyante dans le prélogique, je tombe dans la fumée, je ne vois plus clair dans la vie. » Là-dessus il s'anime, ses yeux brillent, son teint se colore et, avec une volubilité vertigineuse, il vous entraîne dans un délire où chatoient tous les reflets d'une forte culture mais que l'incohérence des idées, les bizarreries de l'expression rendent, au premier contact, incompréhensible. Mais si on l'écoute assez longtemps, avec attention et persévérance, on constate que ses déclarations permettent des recoupements, on voit se dessiner un véritable système philosophique. Essayons d'en donner une notion en nous servant, autant que possible, des phrases mêmes du malade groupées dans un ordre plus logique.

Son état se caractérise par une oscillation perpétuelle et angoissante entre les divers courants qui traversent sa pensée : « Je cours toujours après mes anciens états d'âme, après mon ancienne personnalité. En l'atteignant, je pourrais sortir de la démence précoce et tout concilier ! » Mais un rien le bouleverse. Un vent humide, sédatif, qui lui apporte les « rumeurs de la ville » lui est favorable. Tandis que l'air froid et sec lui donne l'impression du silence glacial d'un monastère et paralyse son esprit. La moindre contrariété, l'émotion d'une visite et voilà anéantis les efforts de longs jours. Il « retombe dans le prélogique », s'éloignant de son « type affectif » qui est le « rationalisme méditatif ».

D'où viennent donc ces expressions ? D'une théorie de l'évolution de la pensée humaine où il distingue essentiellement le stade prélogique et le stade rationnel. Le prélogique, englobant toutes les traditions, se divise lui-même en états successifs :

L'état 0 : « l'état animal, le type d'espèce, le singe. »

L'état 1 : la pensée religieuse diffuse des sociétés primitives.

L'état 2 : la religion évoluée, comme le christianisme.

L'état 3 : les sentiments patriotiques, les nationalismes, « les groupes raciaux ».

Le rationalisme, lui, répond à la pensée fécondée par l'expérience, se base sur les lois de la nature. Mais en tournant le dos aux traditions, il risque d'aboutir à l'internationalisme. De plus, par excès de précision et de clarté, « il nuit au progrès de la connaissance, en desséchant l'esprit ». La schématisation qui convient aux sciences physiques « fait qu'on raisonne faux dans les choses sociales et tout ce qui concerne la vie ». Le rationalisme scientifique est donc insuffisant, basé sur un déterminisme que les dernières découvertes mettent en défaut : « Pourquoi le radium se désintègre-t-il ? Comment se produit-il des cristallisations ? ».

C'est le « super-rationalisme » qui représentera l'état définitif, celui de la pensée complètement évoluée, n'ayant sans doute plus besoin de l'expérience « où s'organiseront tous les irrationnels... où se fondront tous les réels intérieurs ». Ce sera « la conquête du monde achevée, l'avènement d'une nouvelle tradition purement spiritualiste ».

Mais, s'il entrevoit la synthèse finale, le malade ne peut la réaliser en lui. Passant tour à tour par les « personnalités » correspondant aux états inférieurs, il reste le terrain de conflits où sentiments et traditions s'opposent à la raison pure.

Que découvrons-nous donc en sa personne ? Une affectivité encore vive, sous l'aspect du détachement absolu : perception des moindres influences extérieures, regret sans doute inconscient de la vie et de la société des hommes auxquels il ne peut se mêler, chaleur imprévue qui l'anime lorsqu'il expose ses idées. Sous l'aspect de l'in-

cohérence et de la confusion, une pensée que la maladie n'a pas éteinte mais privée de sa force et de sa cohésion et surtout détachée des réalités matérielles, complètement désincarnée. Les seules valeurs qui comptent sont d'ordre spirituel.



C'est à dessein que nous avons groupé ces trois sujets remarquables ayant tous fait la preuve de la qualité de leur esprit avant de sombrer dans l'aliénation mentale. Car pour évaluer la persistance d'une vie spirituelle et d'une personnalité, encore faut-il avoir la certitude de leur réalité antérieure.

Quelle parenté la maladie réalise-t-elle entre ces hommes d'origine, de formation et de caractère différents ?

L'affectivité, nous la voyons, en dépit des données classiques, subsister, parfois même intense.

Sauf dans un cas où elle a partiellement reparu, l'activité « pragmatique » est nulle. Mais on ne peut nier une activité très grande quoique purement désintéressée, dans le domaine de la vie intérieure.

La pensée, chez tous, a plus ou moins perdu son armature rationnelle, ses associations logiques, son ordonnance, sa cohésion, son intelligibilité. Sous sa forme nouvelle, autistique, désintellectualisée, intuitive, voisine avec ses éclairs et ses révélations de celle de l'artiste, elle semble devenue plus susceptible peut-être que la pensée normale d'appréhender les phénomènes psychologiques profonds, les « données immédiates de la conscience ».

Désinsérée du réel soit, mais plutôt de certains réels,

du monde physique, du monde social, ayant retrouvé, au contraire, les sources vives de la morale et de la foi.

Ne voyons-nous pas, en effet, chez le premier sujet, renaître des traditions religieuses très anciennes? L'humanité peut-elle se désincarner plus complètement que dans le dernier? Quant au second cas, le plus poignant, sans doute, il figure en quelque sorte la lutte de l'esprit aux prises avec la matière.

Dissociation incontestable de la personnalité mais au profit des éléments les plus nobles, des forces spirituelles.

Ces êtres qui ont perdu toute valeur aux yeux de l'utilitarisme social, oserait-on dire, néanmoins qu'ils sont déçus? N'ont-ils pas gardé de l'homme les attributs essentiels qui font sa grandeur et sa dignité?

4° ETATS DÉMENTIELS PROFONDS.

Si l'affaiblissement des facultés mentales peut être mis en doute dans certains cas de démence précoce, il n'en est pas de même dans les états démentiels profonds, survenant chez des vieillards et paraissant dus à une atrophie cérébrale diffuse.

L'observation de ces malades est susceptible, néanmoins, de réserver quelque surprise, comme dans le cas suivant.

10. Monsieur L. L., 65 ans, architecte, entre dans le service en octobre 1938. Les premiers troubles se sont installés très insidieusement après une appendicectomie subie en 1933 : céphalées, défaillances de mémoire, ralentissement intellectuel progressif, longtemps masqués par la conservation des habitudes automatiques et de l'affectivité. Il a dû renoncer à sa profession et rester chez lui,

sous la surveillance de sa mère dont la mort a eu pour conséquence son internement.

Grand, vigoureux, vêtu avec soin, les décorations, à la boutonnaire, M. L. se présente presque toujours immobile, debout ou assis, le regard lointain, l'air absent. Mais dès qu'on lui adresse la parole, il se produit une sorte de déclenchement : le visage s'éclaire, se colore intensément, il se met à parler avec entrain et, si l'on en croit ses gestes, son air jovial, entendu, son rire satisfait, ses clins d'œil, vous raconte une bien bonne histoire. Malheureusement, il est impossible de la comprendre, réduite comme elle se trouve à quelques bribes de phrases, quelques interjections, toujours les mêmes : « Oui, oui, mon vieux... c'est la guerre... on fait la guerre... toujours la guerre. On est volé... on est bien volé... Mon cousin... avec mon cousin... avec nous... on est avec nous... oui, oui, oui. » Et il s'esclaffe, vous pose familièrement la main sur l'épaule, sur le bras, plein d'une jubilation croissante. On le questionne, on essaie d'attirer son attention sur un point, il continue imperturbablement. Quoi qu'on fasse, on ne peut entrer en communication avec lui au point d'affirmer même une paraphrasie. Bien qu'il continue à s'habiller, faire sa toilette et s'alimenter sans secours, qu'il ne provoque jamais aucun incident, il semble avoir perdu toute conscience de la situation, tout contact avec le monde extérieur.

Tel nous le voyons en ce moment, tel il était à son arrivée, il y a deux ans. Mais au quatrième mois de son séjour, il s'est produit un événement singulier.

Un jour, on s'aperçoit que le malade n'est plus là. On le cherche partout, longuement. Personne ne peut croire à une évasion dont on le considère comme tout à fait incapable. En fin de compte, il faut se rendre à l'évidence. M. L. a su profiter d'un défaut de surveillance. Il a su

repérer la clef des portes de la division, s'en servir et quitter l'établissement. Le reste de l'équipée, reconstituée par la suite, n'est pas moins surprenant.

De Saint-Maurice, M. L. a d'abord gagné son appartement, près du Père-Lachaise. Puis il s'est rendu au cimetière, sur la tombe de sa mère, enfin chez une amie, Mme F., sa maîtresse depuis longtemps, au domicile de laquelle on le trouve, déjà couché. A la vue des infirmiers chargés de le ramener, il proteste violemment : « Je ne suis pas malade » et menace : « Je vais vous tuer tous ! » Mais il finit par s'habiller docilement et se laisser conduire.

A Mme F. qui vient le visiter quelques jours plus tard, il raconte toute sa fugue : « Je suis allé chez moi... j'avais beaucoup de choses à voir. » Il a remarqué qu'il n'y avait pas de fleurs au cimetière... Il parle de payer le dîner qui lui a été servi. Mais en quelques jours cette excitation s'éteint et le malade retombe dans son incohérence et sa passivité.

Ainsi, derrière cette façade impénétrable, la vie persistait. Cet être, si indifférent en apparence, souffrait de sa réclusion. Incapable de fixer son attention, il combinait pourtant son départ, guettait le moment propice. Désorienté, désadapté, il se montrait en mesure de reprendre son existence antérieure au point exact où il l'avait quittée.



Si l'on rapproche ce cas des démences profondes qu'un traitement guérit, comme dans la paralysie générale; si l'on se remémore de semblables résurrections de la pensée à l'occasion d'une maladie grave ou à l'approche de la mort; si l'on jette un regard d'ensemble sur tous les cas analogues à ceux que nous avons rapportés — et ils sont

nombreux quand on veut les voir — la conclusion nous paraît évidente. Cette flamme de l'esprit, un voile peut la cacher, plus ou moins épais, adhérent. Mais puisqu'elle jaillit parfois au travers de cette nuit, on n'a jamais le droit d'affirmer qu'elle soit éteinte. Derrière les masques les plus rigides, les ruines les plus désolées, il faut penser que la conscience peut-être veille.

2. *La vie sociale des aliénés.*

Nous avons vu ce qu'est dans l'esprit des profanes et même dans celui de nombreux médecins la conception la plus répandue de l'aliéné. Quant au milieu asilaire, il correspond pour qui l'ignore à une image encore plus vague et plus inexacte, une vision dantesque peuplée d'ombres grimaçantes, un autre monde situé à mi-chemin entre l'enfer et les limbes, n'ayant rien de commun avec celui d'ici-bas. La vocation même du psychiatre détermine, parmi ses condisciples, un geste d'étonnement et d'incompréhension.

Gardons-nous de réagir en dépassant l'expression stricte de la vérité, de gâter une juste cause par une bienveillance naïve et un optimisme béat.

Il y a, dans tout hôpital d'aliénés, des malades violents, dangereux au suprême degré, de véritables forcenés. Il y en a qui offrent le spectacle d'un abrutissement profond où seuls surnagent les instincts les plus élémentaires. Et surtout, ce qui peut paraître encore plus triste et déconcertant, tel sujet calme et confiant un jour, est susceptible de se transformer, le lendemain, en un être qui ne vous connaît plus ou vous couvre de menaces et d'injures. Enfin, il y a ceux qu'un égarement trop intense rend inaccessibles et ceux qui ne veulent ou ne peuvent sortir de leur « tour d'ivoire ».

Mais, en revanche, que de malades internés sont atteints d'affections légères, partielles, se présentent en état de convalescence ou de rémission, ont réalisé une sorte d'équi-

libre par « adaptation à leur psychopathie » (1). Ce sont eux qui arrivent à constituer, dans une certaine mesure, une collectivité humaine.

Là encore, il faut s'entendre. Il ne s'agit pas d'une société d'un type nouveau entre des individus d'espèce particulière; pas même d'un groupement analogue à celui qu'un idéal commun crée dans un ordre monastique. Ceux dont nous parlons, ce sont des hommes très semblables à tous les autres, gardant de la société qui les a formés, nourris puis écartés, des empreintes indélébiles.

Que trouvons-nous, en effet, à l'intérieur d'un même quartier? Des pauvres et des riches, des forts et des faibles et, pour conséquence, des frottements qui s'apparentent fort aux luttes de classes. Le malade de famille aisée, ayant occupé une situation importante, n'a souvent pas assez de morgue pour les « petites gens », de condition modeste. « Je ne comprends pas, dit M. G..., qu'on « me mêle ainsi aux classes inférieures. » Celui qui a fait l'objet d'un placement volontaire se croit d'une autre essence que le malheureux interné d'office.

En outre, du milieu spécial, naît une hiérarchie nouvelle. Ce sont les « travailleurs » qui s'enorgueillissent de leur utilité et des privilèges obtenus en échange des services rendus. Ce sont les « favoris », ceux qui attirent spontanément la sympathie, ceux qui bénéficient d'une plus grande indulgence de la part du personnel, d'une plus grande attention de la part du médecin. Ce sont les « com-

(1) R. COMBES : *Contribution à l'étude des modes d'adaptation des psychopathes à leur psychopathie* (Thèse Toulouse, 1939).

binards » qui s'arrangent toujours pour contourner le règlement et récolter quelque avantage.

Rien n'est propre à semer le trouble dans les cœurs comme le spectacle de ces inégalités. On dirait que la grande injustice dont il se croit presque toujours victime — son internement — sensibilise l'aliéné aux injustices de détail ou à ce qu'il prend pour tel. C'est la source principale des rancœurs, des rivalités aboutissant aux disputes et aux rixes. Que de batailles pour une portion un peu plus copieuse!

A côté de cette réaction de violence, une autre parfois se fait jour, réaction de bassesse, de lâcheté qui consiste à courber l'échine devant le puissant du jour, à l'aduler, à le servir, à le soutenir contre ceux qui ont le courage de lui tenir tête. D'où la formation de partis et de clans se livrant à de sourdes querelles intestines.

Il n'est pas d'ailleurs que l'envie pour dresser les malades les uns contre les autres. Ce sont aussi des antipathies instinctives, irraisonnées dont les manifestations éclatent plus violentes à la faveur du relâchement des freins normaux. Comme partout, les ridicules et les tares du prochain sont vus « par le gros bout de la lorgnette », engendrant de cruels sarcasmes et des voies de fait. L'aliéné qui représente un cas médico-légal s'entend durement rappeler la faute commise. Les déséquilibrés, les petits mentaux supportent parfois très mal la compagnie des malades plus atteints. « Toutes ces faces d'idiots et de dégénérés « me mettent hors de moi, s'entend-on dire, je préfère « rester dans ma chambre. » Certains individus semblent prédestinés au rôle de « tête de Turc ». Il n'est pas rare de voir un délirant dénoncer les maléfices d'un voisin et se livrer à tout un système de représailles. Nous avons

connu des ennemis déclarés s'essayant à poursuivre de véritables vendettas. Enfin, sur un plan plus élevé, des querelles peuvent naître de divergences d'opinions et ce ne sont pas les moins vigoureuses.

L'imitation, phénomène social, s'il en fût, joue un rôle plus important qu'on ne croit dans l'interpsychologie des aliénés. Il suffit que l'un d'eux, dans un quartier d'agités, par exemple, élève la voix pour que se fasse, aussitôt, un concert de plaintes et de menaces. Comme il peut suffire d'un exemple pour rétablir instantanément l'ordre compromis. Les sollicitations en vue d'une occupation, d'un changement de quartier, se produisent souvent en série. Il est même des sujets quelque peu débiles qui singent des symptômes dont ils sont témoins, dans l'espoir de se rendre plus intéressants.

L'influence d'un malade est susceptible de s'étendre à plusieurs autres. Nous pensons à ce déséquilibré, vaniteux, revendicateur dont la phraséologie grandiloquente, empruntée aux réunions électorales, avait réussi à susciter et à grouper un certain nombre de mécontents, au point d'empoisonner l'atmosphère de toute une division. Nous pensons aussi à ce terrible pensionnaire qui a laissé, dans les annales de l'établissement, un ineffaçable souvenir et qui, passé maître dans l'art de la calomnie, de l'intrigue et du chantage, s'employait à mettre aux prises malades et infirmiers, fomentant, avec une hypocrisie parfaite et une savante perversité, les plus graves désordres.

Evidemment, les échanges se font en bien comme en mal. A côté des aliénés qui ne peuvent supporter leurs voisins, combien endurent l'agitation, les cris, les provocations mêmes, avec une patience remarquable.

Si l'on tient compte de la promiscuité inévitable entre

psychopathes de toutes espèces et de caractères souvent opposés, on est surpris que les incidents ne soient pas plus nombreux, surtout dans les quartiers turbulents. Il semble bien qu'il se constitue, entre malades, un sentiment de solidarité. Leurs violences mutuelles ont rarement le caractère de préméditation et de gravité des attentats dirigés contre les surveillants ou les médecins. Fréquemment, on les voit ressentir avec vivacité le tort fait à un autre, s'enflammer pour sa cause, prendre courageusement sa défense. Le cas d'un garçonnet, admis à titre exceptionnel dans un service d'adultes, a permis d'intéressantes remarques. Aucun aliéné, à notre connaissance, n'a jamais porté la main sur lui. Et, sans cesse, il trouve des pères nourriciers, dévoués, tendres et d'une inlassable vigilance. L'adoption d'un jeune par quelque aîné qui le guide et le protège de son mieux, n'est d'ailleurs pas exceptionnelle.

Sans parler de la monnaie courante des complaisances, des prêts, des dons, des jeux communs, nous avons vu se nouer des amitiés véritables. Tel ancien malade ayant repris son existence active, continue à correspondre avec deux de ses compagnons d'autrefois et à les visiter fidèlement.

Enfin, entre êtres jeunes et soumis à un régime de claustration, il arrive que les affinités revêtent un caractère plus ardent. Nous observons, en ce moment, un homme d'une trentaine d'années, grand schizophrène, qui menait jusqu'alors, dans un isolement rigoureux, une vie toute contemplative et nourrissait l'espoir de quitter l'asile pour un cloître. Et voilà qu'il s'est pris d'intérêt pour un jeune garçon d'apparence agréable mais instable, amoral et même pervers, dont il prétend faire son disciple. D'un intérêt si grand, si passionné, qu'il a fini par éveiller la méfiance.

Suspicion confirmée par la persévérance, l'ingéniosité que déploie notre ascète pour contourner les obstacles qu'il faut bien lui opposer.

« Que de méditations, dit ESQUIROI, pour le philosophe qui, se dérochant au tumulte du monde, parcourt une maison d'aliénés ! Il y retrouve les mêmes idées, les mêmes erreurs, les mêmes passions, les mêmes infortunes : c'est le même monde mais, dans une telle maison, les traits sont plus forts, les nuances plus marquées, les couleurs plus vives, les effets plus heurtés, parce que l'homme y est dans toute sa nudité, parce qu'il n'y dissimule pas sa pensée, parce qu'il n'y prête pas à ses passions le charme qui séduit, ni à ses vices les apparences qui trompent (1). »



Considérons, à présent, les réactions des malades non plus entre eux mais vis-à-vis de l'entourage, notamment du personnel soignant. Là encore, nous retrouvons les antipathies et les inclinations, les oppositions et les complaisances. Mais ce qui étonne, ce qu'on ignore, en général, c'est la connaissance profonde que les aliénés acquièrent des gens préposés à leur service. Soit qu'ils les observent avec une acuité et une lucidité très grandes, soit qu'ils les sentent ou les devinent, faisant preuve d'une intuition impressionnante. Et comme ils les jugent ! Avec une indulgence désabusée, parfois, comme certains enfants précoces pour les faiblesses de leurs parents. Mais, en règle, quelle

(1) ESQUIROL : *Des maladies mentales. Chapitre Premier : De la folie.*

âpreté impitoyable ils apportent à dénoncer l'indignité de ceux qu'ils considèrent trop souvent comme des gardiens ou des maîtres ! Plus la fonction est élevée, plus la critique se fait acerbe. Il est notoire que les insultes et les agressions s'adressent au surveillant et au médecin-chef, bien plus souvent qu'à un infirmier ou à un étudiant.

Et comme ils arrivent à tout savoir et à tout percevoir, recueillant la moindre bribe de phrase, ne perdant ni un regard, ni un geste, échangeant leurs impressions et leurs commentaires, curieux de connaître la vie, les titres et le crédit de chacun !

Avec quelle adresse, enfin, ils peuvent utiliser ces données, tablant sur la faveur des uns, les dissensions des autres, marchandant leur silence ou leur complicité, usant d'intimidation et de chantage, quand l'atmosphère générale permet ou encourage le développement de ces manœuvres !

Cette sensibilité extrême à l'ambiance entre en jeu dans l'adaptation des aliénés au milieu asilaire. Adaptation très grande parfois, prouvée par l'obéissance active à une règle dont on reconnaît implicitement les bienfaits, par la discipline volontaire. Prouvée aussi, par le fait que beaucoup refusent un changement favorable pour rester dans une division à laquelle ils sont attachés. D'autres, enfin, ayant retrouvé une occupation, des avantages, ne demandent même plus la sortie qui leur serait accordée.

Un certain nombre d'entre eux arrivent plus ou moins tôt à récupérer une activité utile, un rendement professionnel parfois considérable. L'aliéné qui a la faculté et le désir de travailler y apporte souvent le souci de la perfection ; on dirait qu'il réagit aux troubles de son entendement par des méthodes compensatrices basées sur une ponc-

tualité, un ordre, un soin rigoureux. De plus, il se livre à son labeur sans compter et son effort désintéressé est souvent plus productif que celui d'un agent salarié.

*
**

Envisageons, enfin, les rapports de l'aliéné avec cette société dont il se trouve exclu.

S'il se résigne quelquefois au verdict, on peut dire que, dans la majorité des cas, il ne l'accepte pas et garde la nostalgie de sa vie passée, le désir impérieux de la retrouver au plus tôt. Les visites, la correspondance, la lecture des journaux, sont autant d'occasions de conserver le contact et de le renouveler. Pour bien connaître les malades, il faut les observer dans toutes ces circonstances. Certains qui ne prononcent jamais une parole, paraissent hostiles et violents, parlent aux leurs et prouvent à quel point ils demeurent capables de docilité et de tendresse. Le contraire se produit aussi, révélant d'importants complexes familiaux. Quant aux lettres des aliénés, il y aurait beaucoup à en dire. Elles peuvent les faire voir sous un jour nouveau, inattendu : l'être agité, hirsute, si affaibli en apparence qu'on vient de voir en passant, c'est donc lui qui a tracé ces missives touchantes, imprégnées des sentiments les plus exquis et les plus délicats ? Inversement, il est vrai, certains malades de présentation aimable et correcte écrivent des lettres qui constituent parfois des tissus d'injures et de grossièretés. On ne saurait toutefois trop souligner — et nous y reviendrons — le rôle capital que ces rapports avec le monde jouent dans la vie de l'aliéné et parfois dans sa guérison.

*
**

De multiples pensionnaires sont autorisés à sortir des quartiers, épisodiquement ou en permanence, seuls ou en groupes. Ces mesures seraient impossibles s'ils ne conservaient le maintien et la correction indispensables aux relations sociales.

Lors d'une première visite dans l'établissement, il est bien difficile sinon impossible de reconnaître un aliéné dans le promeneur paisible qu'on croise, la personne obligeante qui vous indique le chemin, le travailleur qu'on voit absorbé dans sa tâche.

Des distractions en commun, séances de cinématographe, concerts, groupent, sans incident notable, un public nombreux appartenant aux deux sexes. Il en est de même des offices célébrés chaque dimanche à la chapelle. Car beaucoup de malades conservent leurs croyances et leurs pratiques religieuses, leur unique consolation, parfois.

Beaucoup gardent intacts leurs sentiments patriotiques et nous pouvons témoigner que, pendant la guerre actuelle, nombre de nos aliénés se sont comportés sensiblement comme les gens du dehors.

Ce n'est pas sans surprise que nous les avons vus, lors des alertes, à même, dans une proportion notable, de se lever au premier signal, se vêtir rapidement, descendre en bon ordre dans les abris qui leur étaient réservés et s'y tenir en paix, le temps nécessaire.

Nous en avons vu suivre, comme nous-mêmes, de leur mieux, chaque jour, les événements dans les quotidiens, se grouper autour d'un poste radiophonique pour attendre les communiqués.

Leur attitude, leurs paroles ont montré, plus d'une fois,

que le sentiment de l'honneur national et l'idée de patrie restaient vivaces en eux.

N'est-il pas permis de conclure que bien des aliénés sont encore des êtres sociaux, participant aux représentations collectives?

3. *La vie morale des aliénés.*

Dans la masse des faits qui s'offrent à l'observation, nous en avons relevé quelques-uns montrant combien l'aliéné peut, parfois, sous les dehors les plus étranges, donner la preuve d'une sensibilité profonde et vibrante, d'une intelligence vive, d'une personnalité plus ou moins conservée.

Il nous reste à envisager, chez lui, cet aspect particulier du psychisme que constitue la vie morale.

Quelle conception convient-il de donner à ces termes? Nous trouvons le problème posé et discuté dans les articles écrits par le Docteur H. BARUK, en manière d'introduction à la *Psychiatrie morale* (1). Rappelons-en quelques conclusions.

Il existe, par le fait même du langage, une certaine confusion entre le « moral » pris comme synonyme du « psychique », en opposition au « physique » et au « matériel ». Mais à la faveur des mots, l'incertitude peut se glisser dans des esprits, éloignés par des disciplines scientifiques et biologiques exclusives, de notions qui leur apparaissent un peu désuètes.

(1) H. BARUK : 1° *Introduction à la psychiatrie morale, individuelle et sociale* (Monde et Médecine, 4 févr. et 6 avril 1939).

2° *Des facteurs moraux en psychiatrie. La personnalité morale des aliénés* (Evolution psychiatrique, 1939).

3° *De quelques principes moraux de gouvernement d'un service d'aliénés. Variations du tonus et de la conscience morale et leur traitement* (A paraître).

Une autre confusion s'établit, non moins aisément, dans la vie courante, entre ce qui est moral et ce qui est légal ou licite, conforme aux codes et aux usages d'une société.

Le fondement de la vie morale réside — et la vérité ne date pas d'aujourd'hui — dans cette conscience que la portée des actes dépasse leur intérêt immédiat, dans les jugements de valeur étayant une connaissance toute particulière, celle du bien et du mal.

Voyons comment ces données permettent de considérer les variations de la conscience morale au cours de l'aliénation.

Cette conscience peut manquer totalement par suite d'une affection congénitale ou acquise, c'est alors le règne des instincts et des appétits, tel qu'on l'observe chez l'idiot réduit à une vie végétative. Une amoralité foncière constitue parfois le motif principal de l'internement. C'est le cas du « pervers instinctif » pour qui tous les moyens sont bons dans la poursuite d'une satisfaction immédiate, qui ne connaît ni scrupule, ni remords, qu'aucune considération, qu'aucune loi ne sauraient freiner. Parmi ces malades atteints de « folie morale », notons qu'il faut bien distinguer les pervers authentiques dont l'affection consiste dans l'absence congénitale ou acquise de la conscience morale et les faux pervers qui se laissent aller à commettre des actes immoraux par faiblesse de la volonté.

Par ailleurs, le sens moral est susceptible de disparaître de façon paroxystique ou périodique. Au cours d'un équivalent épileptique, la conscience morale est suspendue, de même que toute conscience. Elle peut être profondément modifiée dans les psychoses périodiques. Chez certains maniaques, par exemple, entraînés par leur dynamisme, superbes et insolents, on la voit s'atténuer ou s'anesthésier.

C'est surtout lors d'une discrimination, d'un choix que se manifeste la vie morale. Nous avons vu, précédemment, l'importance prise par les conflits moraux chez quelques paranoïdes : essai de justification des épreuves par la transgression de lois sacrées, effort de dérivation des tendances sexuelles au profit d'un idéal supérieur, confrontation des valeurs affectives et intellectuelles ébauchant une critique et une théorie de la connaissance.

Le scrupule et le doute qui assaillent le psychosthénique sont centrés, souvent, par des problèmes d'intérêt moral ou métaphysique qui fournissent parfois le thème des obsessions.

L'élaboration seule du jugement de valeur implique donc l'existence d'une vie morale, même si l'incertitude, la « folie du doute », paralyse l'action.

Au cours de certains syndromes mentaux, l'activité morale est intense, mais les perturbations psychiques retentissent sur le jugement initial qui se trouve faussé.

Le mélancolique, dans la violence de ses sentiments d'indignité, de culpabilité, de ses remords, s'accuse, se fustige impitoyablement, cherche à se punir, à se sacrifier, entraîne quelquefois les siens dans un suicide collectif pour leur épargner la douleur de vivre.

On retrouve un délire d'inspiration voisine chez des catatoniques qui s'infligent une immobilité absolue ou des attitudes très pénibles dans un but de mortification et non toujours et exclusivement par suite d'hallucinations ou d'un sentiment d'influence impératif.

Il est impressionnant, enfin, d'observer les contraintes et les privations que peuvent s'imposer des malades pour suivre les règles de conduite qu'ils se sont fixées. Qu'il

s'agisse du « rationalisme morbide » d'un dément précoce, ou des croyances de quelque « idéaliste passionné », on les voit s'astreindre à des régimes alimentaires restrictifs, à un mode de vie ascétique aux dépens non seulement de leur bien-être, mais aussi de leur santé. Les paranoïaques, souvent durs et inflexibles pour les autres, le sont également pour eux-mêmes et traduisent par l'austérité et la plus authentique vertu un sens moral que leur caractère rigide et entier développe jusqu'à l'excès.

La conscience peut être éclairée et parvenir à une juste détermination du bien et du mal. De nombreux facteurs sont encore susceptibles de s'opposer à la réalisation de l'acte moral.

C'est, au premier plan, les troubles de la volonté si souvent atteinte dans les psychopathies. L'aboulie, l'impuissance du malade à faire ce qu'il sait être bon, entre en jeu dans certains phénomènes d'influence, de « prise de la volonté » et dans les modes de réaction par opposition et négativisme.

Parfois, l'affaiblissement porte sur la volonté inhibitrice, incapable de maîtriser des manifestations que l'aliéné réprouve en sa conscience, dont il a souvent le regret sincère.

Tel obsédé, néanmoins, bouleversé d'angoisse, déchiré par une véritable lutte intérieure, arrive à vaincre la tentation qui l'assiège : « phobie d'impulsion » plus fréquente, dans ce syndrome, que l'impulsion vraie.

Dans certaines circonstances, ce sont moins les défauts de la volonté et de la connaissance qui troublent la conduite que la dissimulation et l'hypocrisie. Les « détournements de la loi morale » ont fait l'objet d'une étude

toute particulière dans l'un des articles susmentionnés (1). Ce détournement, souvent subconscient, dérivant d'un manque de sincérité envers soi-même, est caractérisé par le transfert d'un sentiment de culpabilité ou d'infériorité sur un innocent qu'on accuse avec d'autant plus de force et de violence qu'on cherche à se blanchir en abusant les autres et soi-même. C'est le « mécanisme du bouc émissaire » que le Docteur H. BARUK étudie en ces termes :

« Il y a, en effet, à la base d'un tel mécanisme, une
« faiblesse, un fléchissement de la volonté qui tend à se
« dissimuler à soi-même une faute ou une situation gênante
« et à s'éviter l'effort pour la rectifier : c'est pourquoi de
« tels complexes se camouflent rapidement et possèdent
« bientôt un dynamisme d'autant plus formidable et dan-
« gereux qu'ils sont inconscients et souterrains et que le
« sujet ne peut plus se les avouer. Les haines les plus
« violentes, les réactions de lutte les plus infatigables sont
« presque toujours la conséquence de complexes sub-
« conscients de ce genre... Bien des délires passionnels
« et des idées de persécution des aliénés relèvent d'un
« mécanisme analogue. »

Nous voyons donc que chez l'aliéné, la vie morale parfois suspendue est fréquemment perturbée, mais non pas nécessairement en raison directe des troubles des fonctions psychiques et de la synthèse mentale.

Il n'est pas rare d'observer, enfin, chez les sujets les moins atteints : petits mentaux, convalescents, malades améliorés ou stabilisés, des actes moraux incontestables où

(1) H. BARUK : *Introduction à la psychiatrie morale, individuelle et sociale.*

la réflexion et l'effort s'ajoutent à l'élan primitif de bonté, de charité, de dévouement, d'abnégation. Nous les avons signalés dans notre esquisse de la « vie sociale » et l'une de nos observations (6) a justement trait à un homme qui, en dépit d'une affection très ancienne, garde tous les précieux éléments de la beauté morale.

S'il se trompe souvent dans sa propre conduite, l'aliéné, comme l'individu normal d'ailleurs, fait preuve d'une conscience morale beaucoup plus lucide et clairvoyante à l'usage d'autrui. Nous avons dit, déjà, la perspicacité habituelle des malades, la justesse parfois étonnante de leurs jugements relatifs à la valeur des gens qui les entourent et des procédés dont ils sont l'objet.

Comme toute société humaine, celle des aliénés obéit à des règles constantes faisant figure de lois morales. Nous verrons, plus loin, les conséquences des principes de gouvernement adoptés dans un asile et l'influence de l'atmosphère morale qui y règne.

Plus qu'aucun autre fait, la persistance partielle ou totale de la vie morale chez l'aliéné commande, dans le traitement, une attitude et une méthode fondées sur le caractère sacré de la personne humaine.

III. DEDUCTIONS THERAPEUTIQUES

Nous voudrions, de tout ce qui précède, dégager quelques conclusions relatives au traitement des aliénés ou plutôt à l'esprit de ce traitement.

L'attitude envers le malade est fonction de l'idée qu'on s'en fait. Cette conception peut être plus ou moins avouée, plus ou moins consciente. Toute action réfléchie implique un choix, toute conduite cohérente a la valeur d'une profession de foi.

La critique de certaines méthodes de traitement a été faite par notre maître le Docteur H. BARUK, dans un article encore inédit (1), dont il a bien voulu nous permettre de résumer et de citer, ci-dessous, quelques passages.

Considère-t-on l'aliéné comme un corps sans âme? On tend à lui appliquer les mesures d'une discipline rigoureuse, ayant pour objet principal de réaliser l'ordre extérieur. Toute infraction à la règle est réprimée aussitôt, sans tenir compte de l'intention. On interne le malade, on l'isole, on le change de quartier, on le transfère, on lui applique un traitement, sans jamais le consulter ni le pré-

(1) H. BARUK : *De quelques principes moraux de gouvernement d'un service d'aliénés. Variations du tonus et de la conscience morale et leur traitement.*

venir, sans se soucier de ses réactions. Ce n'est plus qu'une chose, un pion sur l'échiquier.

« Ce système aveugle... qui fait belle impression et
« donne au visiteur rapide l'idée d'un service supérieure-
« ment organisé, finit d'ailleurs par compliquer de plus
« en plus le problème du maintien de l'ordre... par les
« heurts, les iniquités inconscientes mais réelles qu'il mul-
« tiplie, il augmente considérablement les causes d'agita-
« tion, de révolte et provoque, *ipso facto*, un développe-
« ment de plus en plus serré des moyens de contrôle, de
« surveillance et de police. Pour éviter tout effort spiri-
« tuel, on aboutit en pareil cas à une organisation maté-
« rielle énorme, pesante, lourde, opprimante, qui non seu-
« lement étouffe la spontanéité et la vie de l'esprit des
« malades, mais encore aggrave terriblement leurs souff-
« rances morales et, par conséquent, s'oppose à la gué-
« rison. »

Disons que, bien souvent, ces mesures ne sont pas appliquées de propos délibéré, mais paraissent s'imposer du fait de l'encombrement extrême des asiles, rendant presque impossible toute action individuelle.

Considère-t-on l'aliéné comme un être déchu, retombé sur le plan de la bestialité, on cherche à obtenir sa soumission par la peur, le souvenir et la crainte des châtiements ou, pour parler un langage plus moderne, la création de réflexes conditionnels associant à la représentation de l'acte celle de la sanction. Une sorte de dressage, en somme, analogue à celui des animaux.

Le procès de ces méthodes n'est plus à faire, bien qu'elles aient été longtemps en honneur. Mais il ne faut pas oublier l'attrait irrésistible qu'elles gardent pour les esprits frustes et la tendance qu'elles ont à renaître invincible-

ment dans les pratiques d'un personnel insuffisamment éclairé ou surveillé.

Considère-t-on enfin l'aliéné avec trop d'indulgence et d'optimisme, une confiance excessive dans la bonté de la nature humaine, se laisse-t-on entraîner, sans contrôle, à un élan de compassion et de charité, on aboutit encore à des désastres. « Les malades, sentant qu'aucune résistance « ne sera opposée à leurs débordements, s'enhardissent, « deviennent exigeants, puis menaçants et bientôt agres- « sifs. On voit fleurir les formes redoutables du chantage... « On entre alors dans un terrible cercle vicieux... et « devant un effroyable chaos entrecoupé parfois d'acci- « dents graves, on passe brusquement de la méthode de « faiblesse aux précédentes méthodes de force... » (1)

Rien n'apparaît donc plus ardu que la détermination des règles de conduite et, à proprement parler, de la « morale » en psychiatrie.

Si, selon l'heureuse expression de PARCHAPPE (2), « il faut aimer les aliénés pour être digne et capable de les servir », il faut aussi les bien connaître. Connaître les modalités de la maladie et l'existence des réactions dangereuses, pour comprendre l'organisation de sécurité qui est indispensable, mais dont on doit, dans la mesure du possible, éviter de se servir. Connaître la nature humaine, dans sa complexité, dans ses possibilités comme dans ses limites, pour ne lui demander ni trop, ni pas assez. Préférer à un

(1) H. BARUK : *Article mentionné plus haut.*

(2) PARCHAPPE : *Discours prononcé à l'inauguration de la statue d'ESQUIROL, 22 novembre 1862.*

système rigide et exclusif une méthode souple, susceptible de s'adapter à toutes les éventualités en demeurant fidèle aux principes qu'imposent la conservation possible d'une conscience et d'une personnalité et « les égards dus à l'humanité souffrante » (PINEL).

Voyons comme il est possible de réaliser cet idéal difficile ou, tout au moins, d'en approcher dans les problèmes courants que posent l'entrée et le séjour d'un malade dans un service de psychiatrie. Nous ne prétendons nullement tirer des principes d'action d'une expérience personnelle forcément très réduite, mais nous baser seulement sur ce que nous avons vu pratiquer durant notre internat à Saint-Maurice, sur l'enseignement et l'exemple que nous avons suivis, la règle que nous avons vécue et qui nous a paru juste et féconde.

L'internement peut se faire dans des conditions plus ou moins favorables. Il ne s'agit en rien de discuter les cas où la sécurité des personnes se trouve en cause et où l'intervention de la police aboutit au placement d'office. Mais trop de placements volontaires sont réalisés par surprise, en abusant le malade, en l'attirant dans un véritable guet-apens. Nous avons montré, dans la première observation, à quel point l'indignation ressentie peut renforcer un délire naissant. On voit des aliénés s'aggraver, dans ces conditions, du jour au lendemain, tomber dans un état de catatonie, de mutisme, de dépression profonde. Le « traumatisme affectif » causé par une mesure paraissant aussi arbitraire persiste douloureux et vivace chez de très anciens aliénés.

Assez souvent, la conscience des troubles morbides est suffisante pour qu'on puisse amener à l'internement nécessaire, à force de patience et de persuasion, un malade dont

on possède la confiance. Il arrive qu'après un premier temps d'appréhension et de révolte, la solution finisse par être acceptée. On y gagne d'éviter, outre l'aggravation possible, une méfiance et une hostilité toujours préjudiciables au traitement.

Le premier contact avec le service laisse généralement une impression très vive qu'on peut souhaiter aussi bonne que possible. Un accueil aimable, dans l'ambiance paisible d'une salle d'hôpital, dissipe bien des craintes en les montrant injustifiées.

L'examen somatique à l'entrée, complet, minutieux, est d'un intérêt capital. Non seulement parce qu'il peut être à la base d'un diagnostic solide et d'une thérapeutique efficace, mais encore parce qu'il y a tout avantage à ce que l'aliéné soit traité en malade, qu'il ait l'impression d'avoir devant lui non pas un magistrat, non pas un confesseur, mais un médecin. Combien de fois entend-on dire encore, à juste titre : « Moi, je n'ai jamais été examiné, on ne m'a jamais soigné..., je ne sais pas ce que je fais ici!... »

Quant au premier interrogatoire, le mieux est sans doute de le conduire en se guidant sur les réactions du sujet. S'exprime-t-il volontiers? Écoutons-le le temps nécessaire, avec attention et sympathie, mais en évitant tout ce qui semblerait une approbation à quelque idée délirante. Se montre-t-il, au contraire, réticent sur certains points ou refuse-t-il toute conversation? Il est préférable de ne pas insister au risque de le heurter ou de le buter et d'attendre que la confiance s'établisse. Rassuré, détendu, sentant qu'on ne veut exercer sur lui aucune pression, mais qu'on attend tout de sa spontanéité, le malade se laissera aller souvent à des confidences beaucoup plus complètes que celles qu'on aurait pu lui arracher.

C'est pendant la période d'observation qu'il convient d'adopter une attitude très juste et très mesurée. La surveillance, pour attentive qu'elle soit, demeurera discrète, impalpable. On accordera le maximum de liberté compatible avec l'état du malade et la sécurité générale. Les soins prodigués seront exacts, scrupuleux mais sans ostentation. Qu'il sente qu'on le prend en considération, qu'on lui veut tout le bien possible. Mais qu'il ne soit pas l'objet d'un empressement excessif, susceptible ou de l'inquiéter sur son état ou de nourrir sa vanité ou de lui donner, pour peu qu'on se relâche, l'impression d'être abandonné. Que rien ne puisse lui faire croire qu'on lui accorde plus de temps et plus d'intérêt qu'aux autres. Qu'il reçoive tout ce qui lui est dû, mais pas plus, et qu'il demeure strictement soumis à la règle commune.

Très vite se posera la question des investigations physiologiques et de la thérapeutique. Malgré l'importance des travaux déjà effectués, la psychiatrie médicale est encore au début d'une voie infiniment féconde. Le psychiatre ne saurait donc être qu'un médecin et aussi compétent que possible, car les troubles qu'il constate correspondent souvent à des lésions très fines ou, plus encore, à des désordres fonctionnels. Quel qu'en soit l'intérêt, nous nous abstenons, néanmoins, pour nous en tenir au sujet de cette thèse, d'aborder le traitement physique proprement dit, pour examiner seulement les problèmes psychologiques que peut soulever son application.

Comme tout malade, l'aliéné aime généralement qu'on le soigne, mais prend toute thérapeutique en horreur si on lui applique des mesures pénibles, à son corps défendant. Des examens de laboratoire multiples, effectués systématiquement, en bloc, à l'arrivée, avant que l'éréthisme général

consécutif à l'internement ne soit calmé, peuvent l'impressionner de manière très désagréable. Des traitements trop rapprochés, trop nombreux, finissent par déterminer lassitude et hostilité. Mais surtout l'administration forcée des médicaments est susceptible d'aboutir à des effets désastreux. Nombre de délires secondaires sont favorisés ainsi chez certains persécutés, affirmant « qu'on fait sur eux des expériences... qu'on leur inocule des maladies... qu'on les empoisonne... qu'on les détruit... »! Devant l'irritation, l'angoisse, l'ébranlement nerveux résultant parfois de l'ingestion forcée d'un sédatif, on peut se demander quel est, en fin de compte, le bénéfice acquis.

De toute évidence, si l'examen clinique montre la nécessité et l'urgence de tel examen ou de telle médication, il y a lieu de passer outre la résistance de l'intéressé, mais jamais sans avoir tenté d'abord d'obtenir son consentement, sans l'avoir prévenu, sans exprimer le regret qu'on a de lui faire violence.

Mais s'il s'agit d'une mesure qui peut sans inconvénient être différée, d'un traitement adjuvant, d'une thérapeutique dont l'efficacité n'est pas démontrée, d'une recherche d'intérêt général, la patience et la persuasion sont tout indiquées et peuvent, dans certains cas, parvenir à fléchir les résistances sans dommage pour personne.

Le seul critère, en l'occurrence, c'est l'intérêt du malade. Le médecin doit savoir lui subordonner sa curiosité scientifique et garder pour le domaine de l'expérimentation animale les procédés qui n'ont pas fait la preuve de leur valeur et de leur innocuité.

S'il convient de déceler scrupuleusement les troubles somatiques des psychopathies, d'appliquer autant que possible des thérapeutiques étiologiques, de calmer l'effe-

vescence des symptômes, une juste part revient à l'action directe sur l'esprit par des moyens de même nature, au traitement moral, à la psychothérapie.

N'a-t-on pas vu, pendant longtemps, dans l'aliénation mentale, un trouble du jugement ou de l'imagination? Et tenté de rétablir la raison par le raisonnement, quitte à passer aux méthodes de violence devant l'échec de l'éloquence et de la douceur?

Les acquisitions modernes ont mis en valeur des facteurs autrefois inconnus : l'importance des causes physiques, l'existence des cénesthopathies, le rôle prépondérant de l'affectivité et des complexes inconscients qui la sous-tendent.

Doit-on conclure, comme BLONDEL dans *la Conscience morbide*, qu' « il faut renoncer à ressentir et à repenser ce que pensent et sentent les aliénés »?

Doit-on, dans le but d'une objectivité rigoureuse, observer les malades exclusivement du dehors, non pas même comme l'entomologiste considère les fourmis ou les termites mais comme le savant étudie les astres ou les bactéries? Mais si l'on ne peut comprendre l'aliéné et, à plus forte raison, s'en faire comprendre, toute action sur lui, autre que matérielle, apparaît impossible.

Bien que l'on soit réduit à cette unique ressource dans certains cas extrêmes, nous avons, au contraire, cherché à mettre en évidence, chez de nombreux sujets, en dépit des apparences, une vie spirituelle et morale, une personnalité humaine cachée que l'on peut atteindre justement en considérant le malade du dedans, par une sorte d'appréhension directe. Nous ne prétendons pas, comme les psychogénistes, épuiser par l'étude du mécanisme intime d'un

délire tous les problèmes étiologiques mais montrer seulement que ce délire demeure partiellement compréhensible et capable d'obéir à certaines influences.

Si d'aucuns peuvent nous reprocher de ne pas nous en tenir uniquement au comportement extérieur, d'autres nous feront grief de lui accorder une importance excessive. Le contenu manifeste d'un délire n'est rien, nous diront les psychanalystes, seul le contenu latent est digne d'intérêt. Là encore, nous croyons que cette autre technique correspond à des cas limites, situés aux antipodes des premiers. Il nous semble qu'en définitive, une compréhension s'avère suffisante quand elle permet une action efficace.

La psychothérapie que nous avons vu pratiquer n'a rien d'une méthode systématique, générale, uniformément applicable en toutes circonstances.

Elle se base essentiellement sur une connaissance synthétique du malade, ne résultant pas seulement de la juxtaposition de données objectives relatives à sa personne physique et morale, son éducation, son milieu, sa vie passée, mais encore d'une prise de contact directe, d'une fréquentation suivie, d'une série d'expériences personnelles. Une connaissance aboutissant à la représentation de chaque individu comme d'un être particulier, original et permettant de s'adresser à lui dans le langage qu'il est susceptible d'entendre.

Cette psychothérapie très souple, finement adaptée, varie donc en raison de chaque cas, en raison des différents syndromes, en raison des différents stades de chaque syndrome.

Prenons, par exemple, les délires systématisés. Que peut-on faire dans des cas analogues à ceux qui sont l'objet des deux premières observations?

A la phase tout initiale, alors qu'il n'existe encore qu'un sentiment de malaise, d'étrangeté, des soupçons diffus, on peut essayer de prendre le malade en main, d'acquérir du crédit sur cet esprit ébranlé mais qui doute, qui critique encore, de dissiper la méfiance grandissante et surtout de se garder de toute intervention malencontreuse susceptible de fournir un coup de fouet, un prétexte, un aliment aux interprétations délirantes, de réaliser, autant que possible, une atmosphère de repos et de détente. On voit parfois alors survenir une guérison. Cas bénin, dirait-on. Sans doute, mais que serait-il devenu dans d'autres conditions?

Lorsque le délire est constitué, entraînant une conviction inébranlable, manifestement la discussion ne sert de rien. Mais il est facile encore d'aggraver la situation par des mesures maladroites, d'ancrer la certitude, de greffer des thèmes secondaires. Il faut tenir grand compte de l'état de tension affective pour ne pas exaspérer le malade, tenter au contraire de le calmer en lui accordant toutes les satisfactions qu'il réclame à juste titre, sans verser toutefois dans une complaisance excessive.

Ce qui paraît très important à ce stade, c'est la franchise de l'attitude adoptée. Lorsqu'on connaît ces êtres pointilleux, intransigeants, logiques jusqu'à l'extrême rigueur mais souvent épris de droiture et de loyauté, on voit quelle impasse constitue la voie des concessions apparentes, des réponses équivoques et des fausses promesses. Poussé dans ses derniers retranchements, le médecin n'a bientôt d'autre ressource que d'arguer de son impuissance ou de battre en retraite, chargé d'un grave discrédit. Il est des délirants auxquels on parvient à faire sentir, en déployant, bien entendu, des trésors de tact et de pru-

dence, qu'on ne partage pas leurs vues, qu'on ne les suit pas dans leurs affirmations, qu'on les considère réellement comme des malades et non comme des victimes. Avec d'autres, il est possible de trouver un terrain d'entente dans les troubles de l'état général et les malaises physiques. Avec tous, il est nécessaire de s'astreindre à être soi-même impeccable dans l'observance du devoir professionnel, de la parole donnée, des règles de justice et d'honneur.

A la longue, parfois, l'état passionnel s'affaiblit, la construction délirante peut paraître intacte mais, privée de son fondement, elle est prête à se fissurer, à s'écrouler peut-être. Souvent, le malade ne s'obstine que par crainte inconsciente d'avoir à se désavouer. Le médecin, s'il a su conserver son prestige, peut alors intervenir discrètement, aider le travail de redressement, composer avec l'amour-propre et se faire, si possible, un allié de ce redoutable adversaire.

Tâche vraiment délicate et difficile dans l'ensemble, mais qui mérite d'être entreprise puisque certains délires se montrent capables de s'amender. Il arrive bien qu'un sujet longuement suivi, notablement amélioré en apparence, prouve par quelque réaction qu'il s'agissait d'une feinte ou offre le spectacle d'un revirement imprévu, soudain plus méfiant et plus irréductible que jamais. Dans ces cas mêmes, l'épreuve n'est pas inutile : elle acquiert la signification d'un test.

Bien plus encore que dans les formes précédentes, la psychothérapie doit se borner souvent à une action indirecte, voire même négative. Aux stades initiaux de la catatonie où la tension est énorme, il suffit d'assurer au malade le maximum de repos et de tranquillité, de prévenir les paroles inconsidérées, les remarques blessantes, les incita-

tions maladroites. Plus tard, on pourra tenter de seconder la personnalité renaissante dans son effort pour effacer les reliquats du délire mais toujours avec une délicatesse et des précautions infinies.

Dans beaucoup de syndromes spontanément curables de manie, de mélancolie, de confusion, d'onirisme, de « bouffée délirante », il est à peine besoin d'intervenir. Il suffit, en général, de demeurer attentif pour répondre à toute sollicitation, de calmer, de rassurer ou d'encourager le malade dans la mesure où il en manifeste le besoin.

En résumé, une telle psychothérapie, non contente d'être souple, adaptée, opportuniste, demeure volontairement modeste, ne visant qu'à soulager, à limiter le mal, à favoriser la guérison, sans prétendre réaliser une cure éclatante. Volontairement prudente aussi, respectueuse de la personnalité de chacun, éloignée de toute suggestion impérative car il n'est rien de tel pour dresser un individu, le murer dans l'opposition que l'idée d'une influence et d'une pression extérieures (1). Elle évite encore de mettre le malade en contradiction avec lui-même, aux prises avec son amour-propre et lui laisse tout le bénéfice des progrès acquis.

Les psychoses s'améliorent et guérissent beaucoup plus souvent qu'on ne pense mais par suite d'un processus lent, excessivement lent parfois, pouvant s'étendre sur de nombreuses années. Bien qu'il soit difficile de l'admettre au

(1) H. BARUK : Des indications limitées de la suggestion thérapeutique et des dangers de sa vulgarisation. (*Gazette médicale de France*, tome 44, n° 8, 1937.)

siècle de la vitesse, le facteur temps est, en psychiatrie, un élément capital, irremplaçable. Le temps est l'adjuvant de tout traitement utile. Selon les idées exprimées souvent par le Docteur BARUK, patience ne veut pas dire abstention, activité thérapeutique ne signifie pas agitation thérapeutique ; il faut tenir compte aussi de véritables « résurrections tardives (1). En pathologie mentale, comme ailleurs, la règle la plus sûre demeure : *Primum non nocere*.

En définitive, une action directe sur le malade n'apparaît judicieuse et utile que dans la mesure où elle tient compte de l'évolution et se renforce, se complète par l'influence d'une bonne atmosphère morale.

On peut dire que cette atmosphère est, au premier chef, l'œuvre du médecin. Encore faut-il, naturellement, que celui-ci ne se heurte pas à d'insurmontables difficultés matérielles, ne soit pas à la tête d'un service surchargé, ne succombe pas sous la besogne administrative. Mais, dans les conditions les plus favorables, il lui faut encore un effort de tension soutenu, une vigilance inlassable, un souci constant d'atteindre à plus d'équité et de bienfaisance et, pour tout dire, une véritable foi en son œuvre.

Quelle que soit la valeur du médecin, elle restera sans grand effet s'il n'est pas secondé, si son exemple n'est pas suivi. L'éducation des élèves et du personnel est une tâche primordiale. Il est à souhaiter que ce dernier ne soit pas constitué par des gardiens ou des gendarmes mais par des infirmiers véritables susceptibles de collaborer avec le

(1) Cf. Psychiatrie médicale. *Principes généraux de Thérapeutique en psychiatrie*, p. 659.

service médical dans la compréhension, l'observation et les soins des malades. Mais la liberté d'action octroyée ne dispense pas d'une étroite surveillance. Il faut qu'il soit bien admis par tous que certaines fautes « contre l'esprit » ne seront point tolérées : les moqueries envers les aliénés, les vexations, les brimades, les sévices.

La régularité du service est un des premiers éléments d'une atmosphère paisible. Il est curieux de voir à quel point les malades mentaux s'irritent du moindre retard, s'exaspèrent d'un changement imprévu, sont bouleversés par une dérogation minime à leurs habitudes et quel bienfait constitue pour eux l'exactitude et la stabilité. Dans un ordre d'idées voisin, les engagements doivent être observés avec une ponctualité scrupuleuse : il faut se garder des promesses inconsidérées et des paroles lénitives ne visant qu'à un apaisement immédiat car la déception et le doute auront vite fait de ruiner tout crédit.

La répartition des malades, selon leur état et leur caractère, dans les différents quartiers, les chambres, les cellules, les dortoirs, constitue un moyen précieux pour éviter les heurts et supprimer les interactions malheureuses. Judicieuse, réajustée sans cesse, mettant à profit tous les locaux dont on dispose, cette répartition joue un grand rôle dans le bon ordre général et dispense de bien des dispositifs de police et de sécurité. Si l'on ne peut éviter totalement de recourir à la contention, on doit s'appliquer à ce qu'elle demeure exceptionnelle et transitoire, la liberté des mouvements étant rendue dès que l'aliéné cesse d'être dangereux pour lui-même ou pour les autres. Faut-il rappeler à ce propos les paroles éloquentes de PINEL, stigmatisant un cruel abus : « C'est une admirable invention que « l'usage non interrompu des chaînes pour perpétuer la

« fureur des maniaques avec leur état de détention, pour
« suppléer au défaut de zèle d'un surveillant peu éclairé,
« pour entretenir dans le cœur des aliénés une exaspé-
« ration constante avec le désir concentré de se venger
« et pour fomenter dans les hospices le vacarme et le
« tumulte... (1). »

Mais la bonne atmosphère morale ne sera fondée vraiment que sur l'esprit de justice.

« L'égalité devant le traitement », suivant l'expression de PARCHAPPE, est capitale. L'affectation en dortoir ou en chambre ne tiendra compte que des indications médicales. Aucune considération d'origine, de classe, de fortune, ne mérite de jouer et d'aboutir à ces privilèges dont nous avons vu, antérieurement, les conséquences néfastes. Quel que soit l'intérêt du cas, la sympathie ou la pitié qu'il inspire, le médecin doit se garder d'extérioriser ses sentiments, de s'occuper trop ostensiblement, de s'arrêter trop souvent et trop longtemps devant les mêmes malades alors que d'autres sembleront négligés. Que tous aient l'impression de posséder un droit égal à sa sollicitude et à sa bienveillance.

Les demandes et les revendications méritent l'examen le plus soigneux. S'il est bon d'accorder largement tout ce qui est légitime et raisonnable, il n'est pas inutile de savoir refuser avec fermeté les sollicitations mal fondées, de façon à empêcher qu'elles ne récidivent et n'engendrent une habitude.

Nous avons dit, déjà, l'intérêt des incidents qui éclatent.

(1) *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale.*

tent dans le service, les révélations qu'ils apportent sur la mentalité des intéressés et l'existence de quelque désordre secret. Il faut toujours les connaître, en rechercher l'explication. Mais il y a avantage, parfois, à paraître les ignorer, à ne pas les amplifier en intervenant. S'il peut en résulter pour quelqu'un un tort réel et durable, un jugement s'impose fait de l'interrogatoire de chaque partie et de la confrontation. Est-il possible de tabler vraiment, objectera-t-on, sur le témoignage d'un aliéné? Des exemples multiples nous enseignent que des malades même très atteints constituent parfois des témoins d'une fidélité et d'une véracité indubitables. Autant il est indispensable de critiquer et de recouper ces témoignages, autant il serait injuste de les récuser à priori. Le préjudice sera réparé de façon telle que la victime ne tire pas vanité du dédommagement qu'elle reçoit et que le coupable ne soit atteint que dans la mesure où il peut en recueillir du profit.

S'il est bien de régler avec le maximum de discernement et d'équité les incidents qui se produisent, mieux vaut encore les prévoir à temps pour les éviter. Tel sujet paraît-il s'engager dans une mauvaise voie, c'est dès les premiers pas qu'il faut le prévenir et l'éclairer, lui montrer la gravité et les conséquences possibles de sa conduite, selon la méthode de « l'activation de la conscience « morale » préconisée par le Docteur H. BARUK : « Au « système du laisser faire suivi de sanctions, nous pré- « férons la méthode qui consiste à soutenir, à activer de « tous côtés la vigueur de la conscience morale, à inter- « venir immédiatement aux moindres nuages psychologi- « ques, pour éviter les incidents ultérieurs et ne pas « recourir aux sanctions. »

C'est ainsi qu'on tente d'allier la bonté à la fermeté, la

charité à la justice. Et la meilleure récompense que puisse recueillir le médecin, en retour de tant de soins et d'efforts, c'est la conquête d'une autorité morale solidement assise non pas sur l'exercice d'un pouvoir arbitraire mais sur l'estime et la confiance de beaucoup de ceux qu'il s'est appliqué à traiter comme des « personnes morales ».



L'internement n'est pas seulement une mesure indispensable quand l'ordre et la sécurité publics se trouvent menacés. C'est une mesure favorable pour le malade lui-même qui guérit ou s'améliore plus aisément, soustrait aux causes qui ont favorisé ou déclenché sa psychose.

Mais la protection n'a lieu de s'exercer qu'autant qu'il y a danger, l'isolement dans les limites où il est nécessaire.

Nous avons vu que le retranchement de la vie sociale est, dans la plupart des cas, un élément de souffrance et de cuisant regret. On n'insistera jamais assez sur le chagrin, le découragement, l'angoisse, l'amertume que causent au malade l'abandon ou la négligence des siens. La reprise des relations familiales, accidentellement ou volontairement interrompues, permet d'assister à des résurrections morales, parfois même à des guérisons.

Les visites de la famille sont rarement contre-indiquées, mais il y a avantage à étudier et à contrôler leur effet, à favoriser largement les présences bienfaisantes, à éliminer les autres. Souvent, l'aliéné reçoit mal les siens et prouve pourtant qu'il a besoin de les voir. Pour les amis, les relations plus lointaines, il y a lieu de se montrer plus

circonspect et de n'autoriser leur venue qu'avec l'agrément de la famille et surtout de l'intéressé. Car ce dernier, souvent conscient d'être diminué, refuse de se montrer tel à ceux qui l'ont connu auparavant.

Rien ne se révèle plus fructueux que la collaboration avec les familles. Leur physionomie complète heureusement celle du membre qu'elles vous confient. Non seulement elles fournissent des renseignements inestimables sur les antécédents — et souvent un détail capital ne surgit qu'à la suite de multiples entretiens — mais elles vous permettent encore de mieux suivre la vie actuelle du malade. Celui-ci leur réserve souvent un accueil tout particulier, des confidences plus intimes, se sert de leur intermédiaire pour exprimer un désir, une plainte, un besoin. C'est elles qui vous mettent au courant de faits insoupçonnés ou dissimulés et vous rendent plus proche encore des individus et de la vie générale du service.

S'il faut, dans bien des cas, rendre hommage à leur assiduité et à leur dévouement, il y a lieu aussi, parfois, de modérer leurs exigences, de rectifier leurs illusions, de les amener à une meilleure compréhension du malade et de son intérêt réel.

Et, malheureusement, il est quelquefois nécessaire aussi de les rappeler à leur devoir, de stimuler leur conscience, de raviver leurs sentiments. Seul le médecin a l'autorité et le prestige suffisants pour y parvenir. Et quand, après des démarches parfois nombreuses et difficiles, il a obtenu gain de cause et renoué des liens qui semblaient rompus, il ne lui reste qu'à s'effacer. Il a rendu service au malade et aussi à la famille qui se prend souvent d'un enthousiasme et d'un zèle nouveaux et finit par croire que le rapprochement est venu d'elle.

La connaissance du milieu familial, la bonne volonté et l'intelligence qu'on peut y rencontrer, autorisent quelques permissions quand l'amélioration s'avère suffisante. Si le rétablissement se poursuit, une sortie d'essai permet de juger de l'opportunité du retour à la vie normale. La possibilité d'une rechute doit inciter à beaucoup de prudence, mais on voit quelquefois des guérisons incomplètes se parfaire en dehors de l'asile.

De cette manière, en adoucissant le sort de l'aliéné, on préserve son avenir; en favorisant sa guérison, on prépare sa sortie définitive. Une méthode humaine et généreuse finit donc par concilier et par servir au maximum l'intérêt du malade et celui de la société, comme il ressort du passage suivant emprunté à *l'Introduction à la Psychiatrie morale, individuelle et sociale*, du Docteur H. BARUK : « Ainsi, la conception utilitaire ou « réaliste », suivant une expression à la mode, est non seulement cruelle et inhumaine, mais encore ne sert pas l'utilité qu'elle cherche; en effet, elle travaille à augmenter le nombre des malades mentaux. Un dépistage trop énergique et conçu avec des méthodes policières aboutit à un seul but : l'encombrement extrême des asiles. Cet encombrement rend ensuite tout traitement impossible. Les malades ne peuvent plus qu'être parqués comme un troupeau. Si à cela s'ajoute l'évacuation loin de leurs familles, presque toutes les chances de guérison ou de sortie disparaissent. La société est alors écrasée sous le poids des frais énormes d'entretien et d'assistance et ainsi se constitue un véritable cercle infernal.

« Considérons maintenant l'attitude opposée : on pense d'abord au malade, parce que toute personne humaine est sacrée et doit être aidée, secourue, avec charité. Les

« conditions thérapeutiques apparaissent tout de suite
« différentes dans une telle atmosphère. Le malade est
« en confiance. Il vient de lui-même se faire soigner.
« Bien des petits troubles nerveux seront précocement cal-
« més et on évitera ainsi leur transformation vers des trou-
« bles mentaux plus graves. C'est là, la véritable prophy-
« laxie mentale... »

Les psychoses ne seraient-elles pas, en effet, dans certains cas, la résultante des facteurs morbides et des traitements subis ? L'aliéné qu'on astreint longtemps à une règle rigide, étouffante, finit, sans doute, par se comporter comme un automate. L'agité qu'on ligote sans fin, qu'on violente, devient, dans sa fureur chronique, extrêmement dangereux. En s'efforçant de traiter tout malade avec bonté et justice, en lui faisant volontairement crédit, en sollicitant la lucidité, la raison, la moralité qui peuvent demeurer en lui, on augmente les chances de le conserver ou de le rétablir dans la dignité humaine.

Ces notions que nous avons essayé de développer en nous basant sur l'expérience, nous les trouvons formulées excellemment par un auteur déjà ancien qui les déduit de sa foi : « On connaît, dit GIRARD DE CAILLEUX, mes
« convictions sur le principe du dualisme humain, con-
« fondu dans une unité mystérieuse. Partant de cette idée
« que, quelque dégradé que l'homme paraisse par l'alié-
« nation mentale, il conserve toujours des restes de son
« origine divine, c'est-à-dire de raison, de conscience, de
« bonté, l'indication médicale ne saurait être douteuse.
« Elle consiste à développer la raison, à éclairer la con-
« science, à cultiver le cœur du malade, tout en agissant
« sur l'organisme par des moyens pharmaceutiques et
« hygiéniques, de manière à lui faire reconquérir, par

« l'exercice même de la liberté, l'empire que donne la
« force morale (1). »

Les idées et les convictions ont une force immense car
elles tendent à se réaliser par les actes qu'elles inspirent.

(1) CAILLEUX (Girard de) : *Etudes pratiques sur les
maladies nerveuses et mentales*, 1863.

CONCLUSIONS

I. L'aliéné n'est pas toujours aussi « étranger » à l'humanité normale qu'il apparaît dans les conceptions du public ou au travers de certaines doctrines. Lorsqu'on se penche attentivement sur lui, lorsqu'on le suit dans les manifestations de son existence quotidienne, on comprend que ce malade n'est pas forcément un être déchu.

II. Dans des observations empruntées à des syndromes divers, délires systématisés, hébéphrénie, catatonie, psychoses paranoïdes, nous avons vu persister, sous le désordre du comportement et les troubles de l'expression, une vie intérieure parfois intense : sentiments affectifs puissants, pensée riche et profonde, abondant en idées intéressantes et en intuitions très fines.

Les aliénés atteints de formes moins graves montrent qu'ils restent partiellement capables d'une vie sociale et des représentations collectives qu'elle implique.

Chez beaucoup d'entre eux, les jugements de valeur, les conflits et les luttes dont ils sont le terrain, constituent les indices d'une vie morale troublée peut-être mais non absente.

III. La conception qu'on se fait de l'aliéné commande l'attitude observée à son égard.

La persistance éventuelle des principaux attributs de

l'esprit sous les apparences les plus déconcertantes et les plus vides, impose de traiter tout malade mental avec les égards que mérite la souffrance, et le respect dû à la personne humaine.

En nous aidant des exemples qui nous ont été offerts, nous avons cherché à déterminer comment on pouvait se conformer à ces principes dans différentes circonstances de la vie d'asile : internement, examens, thérapeutique... ; dans la manière de traiter le malade en lui faisant en quelque sorte crédit, en guettant et en sollicitant des possibilités de vie spirituelle qui peuvent demeurer cachées ; dans la création, par la stricte observance des devoirs professionnels et des engagements, le souci constant de l'ordre et de la justice, d'une bonne atmosphère morale, indispensable au succès de l'action individuelle.

Une telle méthode demande, bien entendu, une grande patience et une grande persévérance devant les échecs et l'absence de résultats immédiats.

Vu
Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu
Le Président de la Thèse :
LAIGNEL-LAVASTINE

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
CARCOPINO

BIBLIOGRAPHIE.

- BARUK. — Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale. (Masson, 1938.)
- Introduction à la Psychiatrie morale, individuelle et sociale. (*Monde et Médecine*, 4 février et 6 avril 1938.)
 - Des facteurs moraux en psychiatrie. La personnalité morale chez les aliénés. (*Evolution psychiatrique*, 1939.)
 - De quelques principes de gouvernement d'un service d'aliénés. Variations du tonus et de la conscience morale et leur traitement. (A paraître.)
- BLONDEL (Ch.). — La conscience morbide. (2^e Edition. Alcan, 1928.)
- La conscience morbide. (*Journal de Psychologie*, 1923.)
 - Psychologie pathologique et sociologie. (*Journal de Psychologie*, 1925.)
- CLAUDE (H.), BOREL (A.) et ROBIN (G.). — Démence précoce, schizomanie et schizophrénie. (*Encéphale*, 1924, p. 145.)
- COMBES (R.). — Contribution à l'étude des modes d'adaptation des psychopathes à leur psychopathie. (*Thèse*, Toulouse, 1939.)
- DISCOURS prononcés à l'inauguration de la Statue d'Esquirol. (22 novembre 1862.)

- ESQUIROL (E.). — Des maladies mentales. (Baillière, 1938.)
- FREUD (S.). — Introduction à la Psychanalyse. (Payot, 1922.)
- Psychopathologie de la vie quotidienne. (Payot, 1933.)
- GIRARD DE CAILLEUX. — Etudes pratiques sur les maladies nerveuses et mentales. (Baillière, 1863.)
- KRAEPELIN (E.). — Introduction à la Psychiatrie clinique. (Vigot, 1907.)
- KRETSCHMER (E.). — Manuel théorique et pratique de psychologie médicale. (Payot, 1927.)
- LAIGNEL-LAVASTINE (M.). — La méthode concentrique dans l'étude des psychonévrosés. (Chahine, 1928.)
- et VINCHON. — Les malades de l'esprit et leurs médecins du XVI^e au XIX^e siècle. (Maloine, 1931.)
- La néo-sociabilité des aliénés. (Cours professé à Sainte-Anne en janvier et février 1940.)
- LASÈGUE et MOREL. — Etudes historique ssur l'aliénation mentale. (*Ann. Méd. Psychologiques*, 1844-1945.)
- LEMOINE (A.). — L'aliéné devant la philosophie, la morale et la société. (Didier, 1862.)
- LEURET (F.). — Fragments psychologiques sur la folie (Crochard, 1834.)
- Des indications à suivre dans le traitement moral de la folie. (Baillière, 1840.)
- MINIŁOWSKI (E.). — La schizophrénie. (Payot, 1927.)
- La schizophrénie et la notion de maladie mentale dans l'œuvre de Bleuler. (*Encéphale* 1921, p. 247, 314, 375.)
- MOREL (B.-A.). — Traité des maladies mentales. (Masson, 1860.)

- PARANT (V.). — La raison dans la folie. (Doin, 1888.)
- PINEL (Ph.). — Traité médico-philosophique sur l'affé-
nation mentale. (2^e édition, Brosson, 1909.)
- PINEL (Sc.). — Physiologie de l'homme aliéné appliquée
à l'analyse de l'homme social. (Paris, 1833.)
- RÉGIS (E.) et HESNARD (A.). — La Psychanalyse des
névroses et des psychoses. (Alcan, 1922.)
- SEMELAIGNE (R.). — Etudes historiques sur l'aliénation
mentale dans l'antiquité. (Asselin, 1869.)
— Les pionniers de la psychiatrie française avant et
après Pinel. (Baillière, 1930.)
- SÉRIEUX (P.). — La nouvelle classification des maladies
mentales du Professeur Kraepelin, 1899. (*Revue
de Psychiatrie*, 1900, p. 103.)
— V. Magnan, sa vie et son œuvre. (Masson, 1921.)
- SÉRIEUX et CAPGRAS. — Les folies raisonnantes. Le délire
d'interprétation. (Alcan, 1909.)
- TRENEL (M.). — La Démence précoce ou schizophrénie,
d'après la conception de Bleuler. (*Revue neuro-
logique*, 1912, tome 2, 372.)
- TRÉLAT (U.). — La folie lucide. (Delahaye, 1861.)
— Recherches historiques sur la folie. (Baillière,
1839.)
- VILLEY-DESMESERETS. — Contribution à l'étude des doc-
trines en médecine mentale. (*Thèse*, Paris,
1924.)
— La psychiatrie et les sciences de l'homme. (Alcan,
1938.)
- ZAPHIROPOULOS (M.). — Contribution à l'étude de l'évolu-
tion de la « démence précoce ». (*Thèse* Paris,
1939.)

